Hochschule Vechta

Institut für Interdisziplinäre Gerontologie

Diplomarbeit
für den Aufbaustudiengang Gerontologie
2002/2003

Thema:

Aspekte der Biographiearbeit in der Altenpflege

eingereicht von: **Katharina Böhm**
am: **15.01.2003**
Gutachter: **Prof. Dr. Wieland,**
Prof. Dr. Lindmeier

Inhalt

0. Einleitung

Das Leben ist geprägt von Veränderungen, Umbrüchen und Ereignissen. Der Mensch ist dadurch ständig gezwungen, sich und seine Identität diesen Verhältnissen anzupassen. Im ständigen Bemühen, trotz Konflikten und Dissonanzen zu einem möglichst harmonischen Bild von sich und seinem Leben zu kommen, ist er auf Mechanismen angewiesen, die ihn dabei unterstützen. Ein solcher Lebensbewältigungsmechanismus ist das „Darüber-Reden", denn die meisten Menschen neigen dazu, in Phasen des Umbruchs und der Veränderung vermehrt über das Er- und Durchlebte zu reden. Mehr oder weniger bewusst suchen sie sich Vertrauenspersonen, bei denen sie das Geschehene in geschützter Atmosphäre verbalisieren und so noch einmal durchleben können. Dieser Mechanismus unterstützt entscheidend den Vorgang, Gefühle wie Wut, Schuld, Scham und Bedauern, aber auch Freude, Liebe und Glück deutlich zu machen und in die eigene Identität zu integrieren. In dessen Verlauf kann der Mensch häufig die Frage nach dem *Warum* von Leid und Enttäuschung beantworten, schwierige Lebensphasen als Bestandteile seiner Biographie annehmen und ihnen Sinn zusprechen.
Die größte Herausforderung dieser Art stellt sich dem Menschen im Alter: die Frage nach dem **Sinn des Lebens**. Der Wunsch nach innerer Einheit und Harmonie fließt über in das Bedürfnis, das eigene Leben rückblickend als wertvoll betrachten zu können. Um dem Leben einen „runden Abschluss" zu geben, es sozusagen zu vollenden, ist es nötig, die einzelnen Stationen Revue passieren zu lassen, in gewisser Weise zu bilanzieren und einen roten Faden im Leben ausfindig zu machen. Genau hierfür ist das Reminiszieren, d. h. die Fähigkeit alter Menschen, sich an lang zurückliegende Ereignisse gut erinnern zu können, von besonders großer Wichtigkeit. Hat für die Jugend in aller Regel die Zukunft mehr Bedeutung als die Herkunft und Vergangenheit, so gilt für ältere Menschen eher das Gegenteil: Sie leben in Gedanken zunehmend mehr in der Vergangenheit, in ihren Erinnerungen aus Kindheit und Jugend. Diese Erinnerungen sind alten Menschen oft näher als die Gegenwart oder das, was gestern war. Das liegt daran, dass Informationen, die ein Leben lang im Langzeitgedächtnis gespeichert wurden (zum Teil sind dies weit zurückliegende Ereignisse), besser abrufbar sind als Informationen aus dem Kurzzeitgedächtnis. Einige Autoren verwenden deswegen für das Langzeitgedächtnis auch die Begriffe „Altzeit-" oder „Altgedächtnis", da nur sehr wenig neue Informationen hinzukommen und es praktisch eher als *Abruf*- und weniger als *Ablage*-Speicher fungiert. Diese Veränderung hilft dem alten Menschen, auf das Vergangene zurückzublicken und das Erlebte in einem individuellen Prozess als eigenes Leben annehmen zu können. Aus der Sicht der *letzten* Lebensphase des Menschen scheint dies ohnehin die wich-

tigste Aufgabe des „Alters" zu sein und verlangt demzufolge erhöhte Aufmerksamkeit und Anstrengung.
Doch gerade pflegebedürftige alte Menschen sind oft wenig oder gar nicht in der Lage, diese Aufgabe selbständig und für sich befriedigend zu bewältigen. Ihr Reminiszenzverhalten benötigt eine positiv eingestellte Umgebung und eine Atmosphäre, in der dieses fruchtbar werden kann sowie eine helfende Hand, die in Situationen unterstützt, in denen Prozesse z. B. aufgrund von Krankheiten oder Behinderungen ins Stocken geraten oder ohne Hilfe gar nicht stattfinden könnten.

In dieser Arbeit werden ausgewählte Möglichkeiten vorgestellt, wie mit alten Menschen professionell biographisch gearbeitet werden kann. Die Grundlagen, die solches Arbeiten voraussetzen, sind in den ersten zwei Kapiteln dargestellt: Zu Beginn erfolgt eine gerontologische Bestimmung der Biographiearbeit. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit der Bedeutung der Biographiearbeit für Menschen im Alter und illustriert ihre praktische Umsetzung anhand einiger typischer Methoden.
Im dritten Kapitel wird die zentrale Aussage der Arbeit herausgearbeitet und aus gerontologischer Sicht des individuellen Alterns begründet, dass für eine moderne Altenpflege die Biographiearbeit einen konstituierenden, unverzichtbaren Bestandteil bilden muss. Diesem Anspruch nach Individualität des Menschen auch innerhalb einer Pflegesituation wird allein[1] das psychobiographische Pflegemodell von ERWIN BÖHM gerecht. Daher wird ihm das gesamte vierte Kapitel gewidmet.
Wird bei BÖHM Biographiearbeit hauptsächlich bei symptomatisch verwirrten alten Menschen umgesetzt, so werden im fünften Kapitel die Besonderheiten im biographischen Umgang mit *demenziell* erkrankten Patienten[2] diskutiert.
Eine weitere Spezifizierung erhält die Biographiearbeit im letzten Kapitel: Aufgrund der starken demographischen Zunahme von alten Menschen mit geistiger Behinderung wird ausführlich auf Möglichkeiten und Probleme der Biographiearbeit mit diesen Betagten eingegangen.

---

[1] Dies gilt für den Rahmen der der Arbeit zugrundeliegenden Literatur.
[2] Des Schriftbildes wegen benutze ich die männlichen Formen von Patient, Klient, Betreuer u. a. Natürlich sind damit die männliche und die weibliche Form gemeint; sofern dies nicht ausdrücklich anders formuliert ist.

1. Grundlegendes zur Biographie

1.1 Die Biographie und ihre Dimensionen

> „Ein jegliches hat seine Zeit,
> und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde:
> geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit;
> pflanzen hat seine Zeit, ausreißen, was gepflanzt ist, hat seine Zeit;
> töten hat seine Zeit, heilen hat seine Zeit;
> abbrechen hat seine Zeit, bauen hat seine Zeit;
> weinen hat seine Zeit, lachen hat seine Zeit;
> klagen hat seine Zeit, tanzen hat seine Zeit;
> Steine wegwerfen hat seine Zeit, Steine sammeln hat seine Zeit;
> herzen hat seine Zeit, aufhören zu herzen hat seine Zeit;
> suchen hat seine Zeit, verlieren hat seine Zeit;
> behalten hat seine Zeit, wegwerfen hat seine Zeit;
> zerreißen hat seine Zeit, zunähen hat seine Zeit;
> schweigen hat seine Zeit, reden hat seine Zeit;
> lieben hat seine Zeit, hassen hat seine Zeit;
> Streit hat seine Zeit, Friede hat seine Zeit"
> (BIBEL, Prediger 3, 1-8).

„Ein jegliches hat seine Zeit" – der Prediger im Alten Testament hielt den Menschen mit seiner bilderreichen Sprache schon im 3. Jh. v. Chr. seine Überzeugung vor Augen: Das Leben ist ein Zyklus, bestehend aus Wiederholungen von Werden und Vergehen. Dabei können Lebensereignisse sowohl individueller Natur als auch übergeordnet für alle Menschen gleichsam bedeutsam sein und mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten.
Immer schon haben Menschen versucht, diese Veränderungen und Wandlungen innerhalb des Lebens darzustellen. Der Schwerpunkt dieser Beschreibungen lag meist in der qualitativen Entwicklung, d. h. sie stellten nicht nur das Mehr oder Weniger bestimmter Lebensalter dar. Vielmehr wurden den jeweiligen Altersstufen ganz spezielle Aufgaben und Qualitäten zugeschrieben. SHAKESPEARE (in „Wie es euch gefällt", 2.Aufzug, 7. Szene) beispielsweise gliedert das menschliche Leben in sieben Stadien:

> „Die ganze Welt ist Bühne
> Und alle Fraun und Männer bloße Spieler.
> Sie treten auf und geben [sic] wieder ab,
> Sein Leben lang spielt einer manche Rollen
> Durch sieben Akte hin. Zuerst das Kind,
> Das in der Wärtrin Armen greint und sprudelt;
> Der weinerliche Bube, der mit Bündel
> Und glattem Morgenantlitz wie die Schnecke
> Ungern zur Schule kriecht; dann der Verliebte,
> Der wie ein Ofen seufzt, mit Jammerlied

Auf seiner Liebsten Braun; dann der Soldat,
Voll toller Flüch und wie ein Pardel bärtig,
Auf Ehre eifersüchtig, schnell zu Händeln,
Bis in die Mündung der Kanone suchend
Die Seifenblase Ruhm. Und dann der Richter
Im runden Bauche, mit Kapaun gestopft,
Mit strengem Blick und regelrechtem Bart,
Voll weiser Sprüch und Allerweltssentenzen
Spielt seine Rolle so. Das sechste Alter
Macht den besockten, hagern Pantalon,
Brill auf der Nase, Beutel an der Seite;
Die jugendliche Hose, wohl geschont,
'ne Welt zu weit für die verschrumpften Lenden;
Die tiefe Männerstimme, umgewandelt
Zum kindischen Diskante, pfeift und quäkt
In seinem Ton. Der letzte Akt, mit dem
Die seltsam wechselnde Geschichte schließt,
Ist zweite Kindheit, gänzliches Vergessen,
Ohn Augen, ohne Zahn, Geschmack und alles."

Beim Vergleich der beiden Beschreibungen wird deutlich, dass ihnen unterschiedliche Entwicklungsbegriffe zugrunde liegen: Unterliegt beim PREDIGER das Leben einem *göttlichen Plan*, so beschreibt SHAKESPEARE eine Art *kosmologische Ordnung*, in die das Leben eingebettet ist (vgl. KÄMMER). Auch heute kann die Biographie eines Menschen unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden, innerhalb derer eine eigene Darstellung möglich ist (vgl. KLINGENBERGER), z. B.:

• ***soziale*** Biographie:
Sie umfasst die soziale Umwelt der Person, also ihre Herkunftsfamilie, Freunde und Kollegen sowie den Partner, die Kinder und Enkel. Außerdem gehören die materiellen Bedingungen dazu.

• ***Kultur***-Biographie:
Sie enthält die kulturellen Welten und das soziokulturelle Milieu der Person, z. B. Auswirkungen des Stadt- oder Landlebens oder der religiösen Zugehörigkeit.

• ***Lern- und Bildung***s-Biographie:
Sie beinhaltet die Bildungsprozesse der Person als Voraussetzung für ihre Subjektwerdung.

• ***Persönlichkeit***s-Biographie:
Sie betrachtet den Charakter der Person, ihre Problemlösemechanismen und ihr Erleben von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden

Abb. 1: Biographische Stränge im Überblick (Quelle: KLINGENBERGER, 122)

Jede dieser Biographien eines Menschen beinhaltet *Deutungsmuster* – kognitive Muster – *Handlungsmuster*, die sich in seinen individuellen Handlungs- und Verhaltensweisen abzeichnen und *emotionale Muster*. „Das (soziale) Handeln des Einzelnen ist durch diese Dimensionen hindurch immer interpretierendes Handeln" (KLINGENBERGER, 124).

Abb. 2: Strukturelemente der Lebenswelt (Quelle: KLINGENBERGER, 124)

Die Biographie eines Menschen stellt eine Geschichte im Kontext vieler anderer Geschichten dar, von denen sie ständig direkt oder indirekt beeinflusst wird: Bei alten, pflegebedürftigen Menschen z. B. gehören nicht nur die Weltgeschichte (Kriege, Weltwirtschaftskrise) und Staatsgeschichte (Gesetzgebung, Staatsform oder Revolutionen) dazu, sondern auch die Geschichten von Institutionen und Heimen (z. B. Konzeptentwicklung, Leitungswechsel) und die Gruppen- oder Stationsgeschichte (z. B. Todesfälle, Bewohner-, Patienten- oder Personalwechsel). Diese Geschichten greifen ständig ineinander und bilden gemeinsam die Geschichte jedes Einzelnen (vgl. HERMANN, 213).

Das aus dem Griechischen stammende Wort Bio-graphie bedeutet Lebens-Aufzeichnung oder Lebens-Darstellung. Die Lebensgeschichte eines Menschen ist seine Entwicklungsgeschichte, jedoch keinesfalls sein Lebenslauf. Erinnert sei an die Fülle biographischer oder autobiographischer Bücher prominenter Persönlichkeiten. Sie sind gerade deshalb so interessant und werden nicht selten zu Bestsellern, weil sie von den Erlebnissen, Erfahrungen, Ängsten und Enttäuschungen des Menschen erzählen und damit Dinge oder Gedanken aus seinem Leben bekannt werden, die von außen nicht zu sehen sind. Oft ist es gerade nicht das Besondere oder Spektakuläre, was diese Lebensgeschichten so beliebt macht; vielmehr fasziniert die Möglichkeit, sich mit einem anderen Menschen durch gemeinsame Ansichten, Erfahrungen und Bedeutsamkeiten identifizieren zu können. Dadurch erhält man die Chance, sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede zu entdecken, sein Bild vom Anderen und somit auch sein Selbstbild näher kennen zu lernen.

> „Eine Biographie ist im Unterschied zu den vielfältigen Ereignissen und Bedingungen eines Lebenslaufs eine Geschichte ..., die jemand für seine soziale Lage finden und erfinden muß, um individuelle und gesellschaftliche Dynamiken zu synchronisieren, um Ereignisse, Erinnerungen und Bedeutungen so zusammenzubinden, daß sich damit sinnvoll leben läßt. Eine Biographie ist eine existentielle Konstruktion, an der ein Leben lang mit Gefühlen, Wertungen, Gedächtnisumordnungen etc. gearbeitet wird. Sie liefert schließlich eine zwar offene, aber doch auf Gestalt angelegte Geschichte, die sich anderen erzählen läßt, in der aber auch der Erzähler sich wiedererkennen kann. Sie beinhaltet eine sequentielle Logik, wie Lebensereignisse zusammenhängen. Sie integriert in diese Logik auch, was nicht möglich war: das ungelebte Leben als Horizont des gelebten Lebens. Und sie umfaßt Zukunftsphantasien" (MADER, 97).

1.2 Die Notwendigkeit einer Lebensgeschichte

Jeder Mensch hat eine Lebensgeschichte. Er hat Dinge erlebt, die kein anderer erlebt hat. Dieses Erleben – und jeder Mensch erlebt *anders* – macht ihn und seine Lebensgeschichte einzigartig. Seine Biographie ist gefüllt von den Bedeutsamkeiten, die er sich während seines Lebens aneignet. Diese wiederum prägen ihn und machen ihn zu dem, der er ist. Sie geben seinem Tun die Richtung an und helfen bei der eigenen Zielsetzung im Leben.

Es ist schwer, sich vorzustellen, keine Erinnerung an sein Leben zu haben, nicht zu wissen, wer man ist, was man erlebt hat, worin man sich von anderen unterscheidet. Ohne Erinnerung, ohne Geschichte gibt es den Menschen eigentlich nicht. So bemühen sich Patienten, deren Gedächtnis total oder partiell ausgefallen ist, mit größter Anstrengung wieder zu ihrer Identität zu finden, – „bewußtes Werden ... aus dem bewußten Sein" (DITTLI/FURRER, 12). „Sich als ein ... weitgehend autonom denkendes, fühlendes und handelndes Ich zu erleben, zählt zu den Ur-Bedürfnissen und existentiellen Notwendigkeiten des Menschen besonders in unserer pluralistischen und hektischen Zeit" (FISCHER 1988, 4). Wer keine Erinnerung hat, also keine Vergangenheit, der kann mit der Gegenwart nicht umgehen und die Zukunft nicht selbstbewusst beeinflussen. Woher sollte er denn seine Werte, seine Fähigkeiten und seine Wünsche nehmen, wenn nicht aus den Erfahrungen, die er bereits gemacht hat? Die Lebensgeschichte ist „die Gesamtheit aller persönlichen Erfahrungen und Gewohnheiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Bedürfnisse und Interessen, Einstellungen und Werthaltungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erwirbt und damit seinen ‚nackten' Lebenslauf anreichert" (ebd.). Sie ist „zum einen das, was sich bleibend – quasi als Substanz – aus der Fülle gelebten Lebens in der Persönlichkeit niederschlägt, zum anderen aber auch jenes, was der einzelne Mensch als Anstrengung für sich und sein Werden investiert" (ebd.). An Zeiten, die einen Menschen bewegt haben, kann er sich gut erinnern, ganz gleich, ob seine Erinnerungen positiv oder negativ sind. Aus ihnen schöpft der Mensch sein Selbstverständnis, seine Identität.

Die Jugendkultur bietet jungen Menschen Werte und Überzeugungen, die sie (er-)leben und die ihnen Orientierung und Struktur geben können. Durch die zunehmende Pluralisierung der Gesellschaft ist in den letzten Jahren jedoch deutlich geworden, dass ein „Zuviel" auch schnell zu einem „Zuwenig" werden kann, d. h. es treten immer häufiger Überforderungserscheinungen bei Jugendlichen durch die unüberschaubare Fülle an Möglichkeiten auf. Wo es einmal kulturelle und soziale Räume gab, in denen sich die Menschen treffen konnten und „klassische" Rollen, über die sie sich definierten, gibt es heutzutage eine immer größere Zersplitterung der Milieus bis hin zum – durch Medien und Werbung verbreiteten –

„Be-yourself". Letzteres heißt jedoch weniger „*Besinne dich auf deine eigenen Werte und Fähigkeiten*" als „*Sei anders als alles, was schon ist!*"

Es ist notwendig, so weit auszuholen, um die Lebensphase des „Alters" aus diesem umfassenden Blickwinkel heraus vergleichend zu betrachten. Der „Zusammenhang zwischen Enttraditionalisierung bzw. Pluralisierung einerseits und der Notwendigkeit einer individuell entworfenen und verantwortlichen Biographie andererseits scheint eine unabänderliche Folge der Modernisierungsschübe unserer Gesellschaft zu sein, die vor allem die Menschen trifft, deren traditionelle Bezüge zusammenbrachen und die bisher keine neuen und eigenen sozialen Milieus aufbauen konnten" (MADER, 95). Die meisten alten Menschen leben in *keinem* kulturellen Kontext, der ihnen Struktur und Orientierung bieten kann (hier ist mehr als die Institutions-Struktur gemeint). Trotz ihres zahlenmäßig großen Anteils an der Gesellschaft stellen sie *keine* eigene Klasse dar, die durch spezifische (offiziell definierte) Aufgaben gekennzeichnet ist. In den letzten Jahren sind sie im Rahmen von sozialen und finanziellen Diskussionen hauptsächlich als Alters-„*Überschuss*" bezeichnet worden. Ihr hauptsächlicher wirtschaftlicher – und damit gesellschaftlicher – Nutzen wird immer mehr auf die Rolle des Kunden und Käufers reduziert. Dementsprechend öffnet sich der Markt zunehmend diesem neuen Kundenstamm und richtet sein Augenmerk auf die Interessen und Bedürfnisse der Menschen nach dem Berufsaustritt. Jenseits dieser Konsumentenrolle gibt es jedoch in der Regel sehr wenig soziale Milieus, die alten Menschen angeboten werden und denen sie sich zugehörig fühlen können. Allein einige Angebote „der mehr oder weniger fürsorglichen Verwahrungsaktivitäten" (ders., 96) stehen ihnen zur Verfügung, um ihr Leben zu gestalten, wenn sie nicht in der Lage sind, aus sich selbst heraus für die Erhaltung oder Eröffnung sozialer Räume Sorge zu tragen. Dies macht deutlich, inwiefern sie in besonderer Weise auf die Kompetenzen und Ressourcen angewiesen sind, die sie sich im Laufe des Lebens angeeignet haben. Doch oft sind sie sich dieser Fähigkeiten im Alter nicht mehr bewusst. Hier kann die Arbeit und Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte – die Biographiearbeit – eine große Hilfe sein, sich wieder an sie zu erinnern und gewinnbringend einzusetzen.

2. Bedeutung und Methoden der Biographiearbeit

Abb. 3: Aufgaben und Funktionen der Biographiearbeit (Quelle: KLINGENBERGER, 126)

2.1 Die Bedeutung für den alten Menschen ...

... hinsichtlich der Identitätsfindung

Eine Identität zu besitzen zeigt sich u. a. darin, eine Geschichte zu haben, einen Platz im Leben einzunehmen und etwas zu besitzen, was auf diese Geschichte verweist. Durch Biographiearbeit kann ein alter Mensch zu seiner Geschichte kommen. Besitztümer dieser Geschichte können sowohl Erinnerungen, Fotos oder Souvenirs als auch vergessene Interessen, Vorlieben und Abneigungen sein. Das bewusste Reflektieren der eigenen Geschichte über diese Vermittler und anhand vielfacher Methoden dient der Selbst-Erkenntnis und dem Selbst-Verständnis des alten Menschen, verleiht ihm Selbst-Bewusstsein und eröffnet ihm neue Wege, sein Leben zu gestalten. Einen anderen Aspekt arbeitet BRUCKMÜLLER (7) heraus. Für sie geht es nicht in erster Linie „um die Aufarbeitung einer Einzelbiographie, ... sondern um das Zusammentragen der Biographien in der Gruppe jener Menschen, die ähnliche Erfahrungen haben. Dieses gemeinsame Erzählen, Aufschreiben, Gestalten von Sammelbänden zeigt dem Einzelnen seinen Platz, den er im Leben und seine Aufgabe, die sein vielleicht bescheidenes Leben hat". Die Reaktionen auf identische Lebensereignisse sind aber nicht nur interindividuell sehr verschieden. Auch die eigenen Einschätzungen hinsichtlich des „Vor-Jahren-Erlebten" verändern sich im Laufe der Zeit und können einen Prozess der Reife und Entwick-

lung beschreiben, in dem der alte Mensch rückwirkend einen Sinn entdecken kann. Denn es ist nicht nur die Gegenwart, die sich ständig verändert – auch die Vergangenheit ist dauernd im Fluss, weil das Bewusstsein die Erinnerungen immer wieder umdeutet und neu auslegt.

... hinsichtlich der Lebenszufriedenheit[3]

„Die individuelle Lebenszufriedenheit basiert auf der kognitiven Bewertung vergangener und gegenwärtiger Lebensbedingungen sowie zukünftiger Lebensperspektiven und stellt einen wesentlichen Aspekt der Lebensqualität dar“ (SCHUMACHER u. a., 16). Sie stellt sich dann ein, wenn der Mensch etwas aufgebaut oder geschaffen hat. Im Alter wird dies durch einen Rückblick auf die Biographie deutlich. Der Betagte kann erkennen, dass er in vielerlei Hinsicht mehr Handlungskompetenz besaß, als er bisher annahm. Er sieht, in welcher Weise er sein Leben selbst gestaltet hat und an welchen Punkten die Gestaltung auch weiterhin ganz seiner persönlichen Kontrolle unterliegt. Dieses *subjektive Bilanzieren* des eigenen Lebens als „gestaltet” und „selbst-gemacht” kann bei alten Menschen entscheidend zu mehr Lebenszufriedenheit führen und zur Bereitschaft, dass Leben im Nachhinein als Ganzes zu empfinden und anzunehmen.

Wer sich erinnert, empfindet die Gefühle von damals noch einmal nach. Sie sind dabei zwar nicht mehr so stark wie früher, können aber durch diese Wiederbelebung ein Wohlbefinden erzeugen, welches unabhängig von der gegenwärtigen Situation des alten Menschen ist. Er freut sich noch einmal über lang zurückliegende Erlebnisse, lacht über alte Witze und ist fasziniert von dem, was vor Jahren in seinem Leben geschah.

Für all das greift die Biographiearbeit auf zwei Kompetenzen zurück, die die meisten Menschen beherrschen: *Erinnern* und *Erzählen*. Dabei nutzt Biographiearbeit bewusst das Reminiszenzverhalten alter Menschen. Für die Teilnahme an Veranstaltungen, die biographisch arbeiten, z. B. Kurse der Volkshochschule, sind prinzipiell keine zusätzlichen Fähigkeiten nötig[4]. Die Befürchtung, etwas von Vornherein nicht zu können oder überfordert zu sein, erübrigt sich damit und gibt ein Gefühl der Sicherheit.

... hinsichtlich der Lebensbilanz bei nahendem Tod

Der nahende Tod ist eine Situation, in der sich Menschen in besonderer Weise der Vergangenheit zuwenden. „Vergangenheit zeigt sich im Gefühl, über eine Lebensgeschichte verfügen zu können, die sich als geschlossener Lebenskreis darstellt, im Bewußtsein von Kontinuität und Konstanz, also im Wunsch nach Dauer von Beziehungen und Bezügen, im Verspüren,

---

[3] vgl. dazu SCHUMACHER u. a.
[4] Menschen, die sich verbal nicht äußern können, seien hier vorerst ausgenommen.

letztendlich doch gelebt zu haben und im Gefühl, über einen Erfahrungsschatz zu verfügen” (ERN, 227). An die Stelle der Zukunftsorientierung tritt nun eine Vergangenheitsorientierung. Erinnert sei hier u. a. an alte Menschen, die entweder nur jammern, wenn sie „von früher” erzählen oder ganz schweigen, weil sie meinen, nichts Schönes oder Interessantes berichten zu können. Hier kann Biographiearbeit bei der Auseinandersetzung mit der Vergangenheit Hilfestellung leisten und deutlich machen, dass das Leben nur begrenzt steuerbar und einiges auch als schicksalhaft angenommen werden muss. Mit dem nahenden Tod werden nicht mehr äußere Erfolge angestrebt. Nun wird versucht, das eigene Leben anzunehmen, einzelne Stationen an sich vorüberziehen zu lassen, zu Kompromissen zwischen dem Erhofften und dem Erreichten zu gelangen, sich mit den Grenzen des Lebens auseinander zu setzen und Abschied zu nehmen.

... hinsichtlich des Bildungsanspruches

Biographiearbeit wird in ihren Inhalten und Möglichkeiten um ein Vielfaches verkürzt und unterschätzt, wenn sie nur als Arbeitsmethode diskutiert wird (vgl. EYMANN, 18). Sie ist weit mehr: Biographiearbeit kann dem heutigen Bildungsanspruch durchaus gerecht und konzeptionell unter dem Aspekt der „**Bildungsarbeit im Alter**” betrachtet werden. Als diese dient sie dazu, sich der eigenen Stärken und Fähigkeiten (Kompetenzen) zu erinnern, sie zu erhalten und zu fördern (s. Abb. 4). „Identitätslernen ist vor allem reflexives Lernen: Durch das Nachdenken über die eigene Biographie, über Schlüsselerlebnisse, über ‚Gewinne’ und ‚Verluste’, Freuden und Ängste, Interessen und Vermeidungsreaktionen, Lernstärken und Lernschwächen wird eine biographische Bilanz und eine Lebensplanung für die Zukunft erleichtert“(SIEBERT, 63). Wie bereits deutlich wurde, fördert sie die soziale Integration sowie die Sinnfindung und Identitätssicherung. Dass sie ebenso kompensatorische und rehabilitative Hilfe sein kann, wird im Weiteren noch dargestellt.

Strukturierte Biographiearbeit ist angeleitete und methodisch durchdachte Erinnerungsarbeit und erfüllt wichtige Postulate einer moderner Erwachsenen- und Altenbildung:

- vielseitiges Lernen (intellektuelles, physisches und psychisches)
- individuelles Lernen (einmaliger Lernprozess der eigenen Person)
- lebensweltorientiertes Lernen (alltägliche Erfahrung bestimmen den Ausgang)
- soziales Lernen (Gruppenarbeit)
- gesellschaftliches Lernen (Zusammenhang zwischen der individuellen Biographie des Menschen und seines sozialen, kulturellen und politischen Umfeldes)

Abb. 4: Methodische Gesichtspunkte geragogischer Arbeit (Quelle: SKIBA, 114)

... hinsichtlich der Zukunftsgestaltung

Es ist schon mehrfach angeklungen: Biographiearbeit integriert Vergangenheit und Gegenwart und richtet beide auch auf die Zukunft aus. Dies geschieht, wenn aus der Gewissheit einer eigenen Identität und dem Gefühl von Lebenszufriedenheit die Fähigkeit erwächst, Zukunft zu gestalten. Oder anders formuliert: „Indem das Vergangene wahrgenommen wird, werden Begründungen möglich, warum die Zukunft lohnenswert ist" (RUHE, 10).

2.2 Einige bekannte Methoden der Biographiearbeit

Biographisches Arbeiten kann spontan, reflexiv oder in geplanten Projekten stattfinden. Ob eine Methode in der Praxis brauchbar ist, hängt vom Kontext und den Teilnehmenden ab. Für jeden Einzelnen muss eine geeignete Methode gefunden werden. Es gibt sehr viele biographische Ansätze und Methoden. Allen Methoden ist gemeinsam, „dass der einzelne Mensch im Mittelpunkt steht. Seine Erfahrungen, Erlebnisse, Urteile und Bilanzen werden für einen kürzeren oder längeren Moment herausgehoben, aus und vor alle anderen sozialen Zusammenhänge" (RUHE, 10).

Aufgrund dieser Fülle an Möglichkeiten gibt es mehrere Varianten, Vorschläge und Ansätze zu ordnen: Erinnern und biographisches Arbeiten sind eigentlich nicht loszulösen vom Erzäh-

len. Daher ist die Mehrzahl biographischer Methoden eindeutig gesprächsorientiert. Die speziellen **Ziele** einer gesprächsorientierten Biographiearbeit reichen u. a. von der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit über Überwindung/Prävention von Isolation, Entwicklung eines Gemeinschaftssinnes bis hin zur Aktivierung kognitiver Fähigkeiten. Dies sind die vier am häufigsten genannten Methoden:

Die Erzählmethode

Sie ist die bekannteste Methode, da das Erzählen die herausragendste Repräsentationsform der Biographie ist. Die Erzählmethode stellt eine Möglichkeit dar, alten Menschen einen Raum zu geben, in dem erinnert werden kann und darf. Dies kann völlig ungeplant geschehen, aber auch provoziert oder zu einem vorbereiteten Thema angeboten werden. Wenn ein Mensch häufiger aus seinem Leben erzählen konnte, hat er in seine Geschichte vielleicht im „Laufe der Zeit ... prägnante und witzige Formulierungen aufgenommen. Auch in ihrem Aufbau, in den eingeschobenen Rückblenden und Resümees, zeigt sich, daß sie mit der Zeit formale Eigenschaften angenommen haben, die sich bewährten und deshalb festgehalten werden“ (BAHRDT, 81).

Das sozial-historisch biographische Gespräch

Diese Methode findet seit einigen Jahren in Volkshochschulen großen Anklang. In den angebotenen Gesprächsrunden wird z. B. untersucht, auf welche Weise das Leben eines jeden durch soziale, politische und gesellschaftliche Aspekte beeinflusst und geprägt wurde. Wo lässt bzw. ließ sich das Leben selbst bestimmen und lenken, und wo ist oder war es eingemauert in die Umstände seiner Zeit? Dieser historisch-zeitliche Aspekt kann den Teilnehmenden dabei helfen, Begründungen für Lebens(um)wege zu finden und die Grenzen ihres eigenen Handelns wahrzunehmen und zu akzeptieren.

> „Zwar lagert sich die eigene Lebensgeschichte in vielerlei Formen ab – in der Physiognomie, in den Händen, in der Körperhaltung, in Bewegungen oder Handlungen, in der gesprochenen Sprache, in Gegenständen und Materialien, in Werkstücken, Bauwerken oder in Ordnungen. Nichtsdestoweniger läßt sich gelebte Geschichte in ihren Ursachen und Anlässen, Kontexten und Wirkungen genauer durch das Gespräch erforschen. (...) Sie meint die Rekonstruktion von gelebter Vergangenheit in den jeweiligen Ursachen- und Wirkungszusammenhängen, die sowohl psychologisch-lebensbilanzierenden als auch geschichtswissenschaftlich-didaktischen Überlegungen zu genügen hat“ (SKIBA, 108).

Die Geschichtswerkstatt

Das Modell einer „Geschichtswerkstatt” mit alten Menschen stellt eine vielversprechende Möglichkeit der Biographiearbeit dar, ist allerdings mit viel Zeit- und Arbeitsaufwand verbunden. Auch hier geht es um das Erzählen aus früheren Zeiten, z. B. den Tagesablauf am Sonntag, einen Spaziergänge vor 50 Jahren, Arbeitsformen, Abendgestaltung. Nicht selten entsteht während dieser Arbeit bei den Gruppenteilnehmern der Wunsch, die Ergebnisse zu sammeln und evtl. sogar zu veröffentlichen. So sind in den letzten Jahren eine Fülle von Büchern und Artikeln erschienen, in denen Menschen ihre Erinnerungen und Erfahrungen hinsichtlich bestimmter Zeiten oder Themen zusammengetragen haben[5]. Dadurch stehen die Älteren mit ihren Erlebnissen und Erfahrungen im Mittelpunkt der Anerkennung und können den Jüngeren zeigen, was sie geschafft und geleistet haben (Intergeneratives Lernen).

Einsatz von Formen kreativen Gestaltens

Kreatives Gestalten gehört nicht zu den gesprächsorientierten Methoden der Biographiearbeit. Der Schwerpunkt liegt hier auf den Aktivitäten (**aktivitätsorientierte Biographiearbeit**). Innerhalb der Altenpflege kann auf kreative Formen nicht verzichtet werden, weshalb sie auch einen Großteil der vorliegenden praktischen Vorschläge ausmachen. Im Rahmen von Erinnerungsarbeit beginnt kreatives Gestalten bereits beim Zusammenstellen von biographischen Alben oder Kalendern. Fotos von Familienmitgliedern sind Ausdruck von Lebensgeschichte. Daneben erhalten Videoaufzeichnungen, Schallplatten und Musikkassetten, Souvenirs, Nippes, Briefe, Postkarten, Geschenke, Zeichnungen und Skulpturen – also Zeugnisse eigenen Schaffens – im Alter eine immer größere Bedeutung. Diese Dinge können gesammelt, chronologisiert, ausgestellt oder in kleiner Runde betrachtet und besprochen werden.
Doch es kann auch ganz Neues entstehen: Schreibbegabte können Erlebnisberichte verfassen; es kann gemalt, gedichtet, vertont oder Theater gespielt werden. „Gespräch, Erinnerungsarbeit und Unternehmung, handelndes Tun und Übung oder musikalisches Erleben und Bewegungsarbeit sind mögliche Verknüpfungen von Methoden, die der Komplexität von Leben gerechter zu werden vermögen als die isolierte Vorgehensweise” (SKIBA, 114).
RUHE macht in seinem Buch über 60 methodische Vorschläge. Er ordnet sie unter dem Gesichtspunkt ihrer Zielsetzung in acht Kapitel (s. Kasten). Allerdings gibt er ihnen keine besonders logischen Namen, sondern bezeichnet sie nach verwendeten Materialien oder Tätigkeiten. Daher ist es etwas schwierig, sich unter jedem Namen etwas Konkretes vorstellen zu können.

---

[5] z. B. BLAUMEISER/ BLIMLINGER (Hrsg.): Alle Jahre wieder ... Weihnachten zwischen Kaiserzeit und Wirtschaftswunder. Böhlau Verlag GmbH und Co. KG. Wien, Köln, Weimar 1993

1. Lebens-Zeit: Chroniken, Zeitleisten, Lebensbaum, Lebensuhr u. a.
2. Spurensuche: Namen, Zeugnisse, Kochrezepte, Witze, Rituale, Lieder u. a.
3. Journale und Archive: Tagebuch, Autobiographie, Dachboden, Briefe u. a.
4. Assoziationen und Imaginationen: Grafiken, Orte, Lebenskonferenz u. a.
5. Kleine und große Bilanzen: Energiekuchen, Leben feiern, Mein Tod u. a.
6. Medien und Texte: Mythen, Gedichte, Gebete, Rollenspiel, Schreibbasar u. a.
7. Intergenerationen: Erinnerungskoffer, Vergessene Wörter, Bildbände u. a.
8. Kollektives Gedächtnis: Erzählcafé, Zeitzeugenbörse, Oralhistory u. a.

Zur Orientierung bietet RUHE eine Symbolleiste an, anhand derer die Methoden nach Zielgruppen (Ich/Paar, Gruppe, Projekt), „Tiefungsmöglichkeiten" (Besinnung, Begegnung, Bildung, Krise, vgl. ders., 21) und Kontext (Biographie, Sozialgeschichte, Zeitgeschichte) unterschieden werden.

Vertellekes – ein biographisches Spiel[6]

VERTELLEKES ist ein Frage- und Antwortspiel für ältere Menschen. Drei bis acht Mitspieler können daran teilnehmen. Es wird empfohlen, eine Spielleitung zu bestimmen, die das Gespräch lenkt und die unterstützend mitwirken soll.
Zum Spiel gehören 240 Aufgabenkarten, die zu je 30 Karten in acht verschiedene Themenbereiche gegliedert sind. Außerdem gibt es einen Spielplan, 64 Aufgabenfeldkarten (jeweils acht für einen der acht Themenbereiche), zwei Würfel, eine Spielfigur, eine Sanduhr und eine Spielanleitung. Letztere enthält ein Kapitel „Vertellekes - ein therapeutisches Spiel" (s. u.).
Die acht Aufgabenbereiche sind jeweils mit einem Tier gekennzeichnet. Mit etwas Phantasie lassen sich Zusammenhänge zwischen den Themen und den zugehörigen Tieren entdecken:

Schildkröte – biographische Fragen bzw. **Katze** – persönliche Fragen: „Auf jeder Karte stehen zwei Fragen. Es wird jeweils die genommen, die der jeweiligen Würfelzahl entspricht (Würfelzahl 1-3 oder 4-6). Die Spielleitung achtet darauf, daß sich jeder zur Frage äußern kann, stellt gegebenenfalls Nachfragen, um möglichst alle in das Gespräch miteinzubeziehen" (6).

Vogel – Volkslieder/Liedfragen: „Das Lied wird richtig genannt und von allen soweit mitgesungen, wie es auswendig bekannt ist. Die Spielleitung sollte zur Unterstützung ein Volksliederbuch zur Hand haben" (6).

[6] Verwendete Zitate ausschließlich aus der Spielanleitung, FIEDLER (1994)

Eule – Poesie/Gedichtfragen: „Der Text wird vorgelesen und die Gruppe versucht, ihn zu ergänzen und überlegt, wie Verfasser und Titel heißen (zur Hilfestellung steht am unteren rechten Rand der Karte die Lösung). Eventuell weckt das Gedicht Assoziationen, die Anlaß zum Gespräch geben“ (6).

Dachs – Klamauk/Zungenbrecher: „Zungenbrecher: jeder aus der Gruppe versucht, reihum, den Zungenbrecher zweimal hintereinander nachzusprechen. Die Spielleitung vermittelt, daß Versprecher nicht blamabel, sondern durchaus erwünscht sind. Redensarten: die Gruppe berichtigt die Redensarten und überlegt gemeinsam ihre Bedeutung und Ursprung“ (7).

Igel – Denkanstöße/Spruchweisheiten: „Der Spruch wird vorgelesen. Gemeinsam wird überlegt, welche Aussage er enthält, welche Beispiele den Mitspielern aus ihrer Lebenserfahrung zur Aussage des Spruches einfallen, was an dem Spruch gefällt oder mißfällt. Eventuell gibt der Spruch Anstoß zum Nachdenken und zum Austausch über Sinn- und Wertfragen“ (7).

Schmetterling – Pantomimeaufgaben (auf Zeit): „Eine Mitspielerin, ein Mitspieler oder die Spielleitung spielt die entsprechende Tätigkeit pantomimisch den anderen vor. Die Gruppe muß sie erraten. Für jede erratenen Tätigkeit erhält die Gruppe zehn Punkte“ (7).

Eichhörnchen – Summenrätsel (auf Zeit): „Die Spielleitung schreibt alle passend genannten Begriffe aus der Gruppe auf. Für jeden Begriff gibt es einen Punkt“ (7).

Im letzten Kapitel der Spielanleitung begründet FIEDLER (1994, 8ff) den Anspruch des Spiels, therapeutische Wirksamkeit zu haben. Die therapeutischen Ziele:

- Erinnerungen wecken
- Förderung der positiven Wahrnehmung
- Förderung von Individualität und Selbstvertrauen
- Förderung von Gemeinschaftserlebnissen
- Erfahrungsaustausch und gegenseitiges Kennenlernen fördern

Da verwirrte alte Menschen oft schon mit einfachen Brettspielen überfordert sind und sich darum selten an Gruppengesprächen beteiligen, empfiehlt FIEDLER, „einen entspannten geselligen Rahmen zu schaffen, der unter Umständen nicht mehr vermittelt als das Gefühl der Zugehörigkeit und Geborgenheit. Ohne diesen Rahmen sind Restfähigkeiten nicht aktivierbar. (...) Durch die Spielregel, bei der keiner eine Antwort geben muß, der es nicht kann oder nicht will, werden Versagensangst und Leistungsdruck vermieden. Dadurch können auch diejenigen an dem Spiel teilnehmen, die den Gesprächen und Aufgaben beim Spiel nur noch begrenzt folgen können. Ihre Teilnahme am Spiel begrenzt sich eventuell lediglich auf das Würfeln und Mitsingen. Gerade beim Singen können sich verwirrte alte Menschen ins Spiel einbringen und erleben sich als dazugehörig“ (1994, 11). Durch diese Integration verwirrter alter Menschen in eine Gruppe nichtverwirrter alter Menschen kann die Fähigkeit und Bereitschaft

letzterer gefördert werden, erstere zu tolerieren und ihnen Verständnis entgegen zu bringen. Bedingung dafür ist jedoch, dass die verwirrten Mitspieler durch ihr Verhalten den Spielverlauf nicht derart behindern, dass die anderen Mitspieler die Freude am Spiel verlieren.

Notwendig für das Spiel ist ebenso eine feste Teilnehmergruppe. „Das Spiel ist zum regelmäßigen Einsatz gedacht. Bei sporadischer Benutzung wird es nicht gelingen, im Sinne der Spielziele, ein Gruppengefühl aufzubauen und gegenseitiges Kennenlernen zu fördern und zu vertiefen“ (dies., 13). Um aus dieser Spielrunde eine feste Gewohnheit und „runde Sache“ zu machen, können zu Beginn und zum Abschluss kleine Rituale eingeführt werden, z. B. das Lesen einer kurzen Geschichte oder das gemeinsame Singen eines Liedes. In ihrem Artikel schildert FIEDLER (1996, 224) eine Spielrunde, wie sie regelmäßig einmal in der Woche von ihr geleitet stattfindet. Der folgende Ausschnitt daraus soll verdeutlichen, wie eine VERTELLEKES-Runde in einem Altenheim aussehen kann:

> „Eine Mitspielerin hilft mir immer beim Auslegen des Spielplanes und der Spielkarten. In der Zeit hole ich die Mitspielerinnen von den anderen Etagen. Nachdem es sich alle Mitspielerinnen um den Spieltisch bequem gemacht haben, kann es losgehen.
> Es gibt nur eine einzige Spielfigur. Heute bitte ich Frau M., den Anfang zu machen und zu würfeln. Sie zieht direkt auf ein Tierfeld, und zwar auf eine Katze. Weil sie den Arm nicht so weit ausstrecken kann, hilft Frau S. und reicht ihr die entsprechende Karte herüber. Es dauert etwas, bis sie das Gedruckte vorlesen kann: ‚Sind Sie einmal mit dem Riesenrad gefahren?’ Diese Frage ist, wie die anderen auch, an alle in der Gruppe gerichtet. Zunächst kann sich niemand so recht erinnern, aber dann fällt es Frau F. ein, wie sie damals mit ihrem Liebsten hoch über den Dächern von Dortmund schwebte und wie ihr nach aller Romantik doch noch schrecklich übel von dem Fischbrötchen wurde. Wie sie das erzählt, fallen auch den anderen noch Erinnerungen an so manchen Kirmesbesuch ein. Jedenfalls sind die meisten bei dieser Frage in ihren Gedanken über eine Kirmes geschlendert; auch mir als der Spielleiterin geht das so.
> Zwei Mitspielerinnen sind dabei, die nur noch sehr wenig verstehen; sie sind, wie es in der Fachsprache heißt, dement. Doch gelegentlich, bei bestimmten Stichworten, kann die eine oder andere sich doch am Gespräch oder an der Aufgabe beteiligen. Vielleicht passiert das nur ein Mal in der ganzen Spielrunde oder auch gar nicht. Aber beide wirken entspannt und ausgeglichen, wenn sie bei VERTELLEKES dabei sind. Ich merke, daß diese Spielrunde ihnen gut tut, auch wenn sie sich kaum noch beteiligen können: Sie erleben ein Stück Normalität, Kontakt und Geselligkeit.
> Das Spiel geht weiter, nun würfelt Frau T.: Pech, sie landet auf einem Leerfeld, aber die Nächste hat wieder Glück und zieht ein Eichhörnchen, das bedeutet Summenrätsel. In der Zeit, in der die Sanduhr läuft, nennen nun alle Begriffe mit dem Doppellaut nn in der Mitte. Der einen fällt mehr, der anderen weniger ein, doch jede hat ihr kleines Erfolgserlebnis, wenn ihr eine Idee dazu kommt. Ich führe eine Strichliste über alle richtig genannten Begriffe. Die Sanduhr ist abgelaufen, es wird weiter gewürfelt. Frau K. liest eine Eulenkarte vor, bei der immer ein Gedicht zu ergänzen ist: ‚Festgemauert in der Erden ...’ So ein Klassiker wird von den meisten im Chor weiter fortgesetzt. Als nächstes wird ein Vogel gezogen. Frau M. stutzt, als sie vorliest: ‚Die Gedanken sind Brei’, bis ihr einfällt, daß die Lieder immer etwas verballhornt sind. Die anderen verbessern lachend: ‚Die Gedanken sind frei’, und nun wird das Lied gesungen – die meisten kennen zumindest die erste Strophe auswendig.

> Nach mehreren Leerfeldern zieht Frau T. die Spielfigur auf einen Schmetterling, das sind Pantomimeaufgaben. Weil ich weiß, daß Frau T. mit einer Pantomimeaufgabe überfordert ist, frage ich direkt Frau S., ob sie die Pantomimeaufgaben probieren will, denn sie hat immer Spaß daran. Also gießt sie pantomimisch Kaffee in eine Tasse, was von den anderen gespannt beobachtet und auch schnell erraten wird.“

3. Altenpflege aus gerontologischer Sicht des individuellen Alter(n)s

3.1 Alter(n) und Kompetenz

Alter zu definieren setzt voraus, es unter einem bestimmten Aspekt und von einer wissenschaftlichen Sicht aus zu betrachten. Wo z. B. die **Medizin** auch heute noch vorrangig einen psychischen und physischen Abbauprozess sieht, dessen Ursachen in äußeren Veränderungen sowie in Veränderungen des Stoffwechsels liegen, ist Altern für den **Soziologen** ROSENMAYR (153) *„eine naturhafte Veränderung des Lebendigen, die durch Verluste und Einschränkungen gekennzeichnet ist.* Mit dem Altern, dem naturhaften ‚Verlieren unter Widerstand‘, und vielfältig verschlungen mit ihm, ereignen sich Prozesse der Erfahrung, die Erweiterung und Vertiefung, unter besonderen Umständen auch neue Dimensionen des Denkens, Fühlens und Handelns einschließen können“. Schon hier ist zu erkennen, wie unterschiedlich einzelne Wissenschaften Alter(n) betrachten: Liegt in der Medizin der Schwerpunkt auf den Defiziten des alten Menschen – die Aufgabe also in der Behandlung der Symptome (Alter als Krankheit) – so räumt die Soziologie dem alten Menschen auch die Möglichkeit einer Entwicklung ein. Für beide gilt jedoch, dass Alter vorrangig einen Verlust- und Abbauprozess darstellt.
Natürlich lässt sich kaum bestreiten, dass Alter auch immer Abschied bedeutet, z. B. von gewohnten Lebensrhythmen und ein Sich-Zurücknehmen aus bestimmten Aktivitäten aufgrund körperlicher Einschränkungen. Doch schon das oft auf die Gesamtheit aller Senioren bezogene sogenannte „Ruhebedürfnis“ stellt eine grobe Missachtung der persönlichen Bedürfnisse jedes einzelnen Menschen dar und ist eine in der Pflege und Betreuung gängige Pauschalisierung, die gravierende Auswirkungen hat.

> „Leben heißt Älterwerden, heißt sich verändern, stets neuen Situationen ausgesetzt zu sein, auf die man reagieren muss, mit denen man sich auseinanderzusetzen hat, denen man sich stellen muss. Das gilt zweifelsohne für jedes Lebensalter. Älterwerden heißt, mit Veränderungen und Einschnitten in der eigenen Lebensgeschichte, mit neuen Problemen konfrontiert zu werden und mit Umstellungen fertig zu werden” (LEHR, 140f).

Ein Teil dieser Veränderungen und Einschnitte sind aufgrund unserer Gesellschaftsform mehr oder weniger unausweichlich, z. B. der Berufsanfang, -wechsel oder -ausstieg, Partnerverlust (durch Tod oder Trennung) oder Wohnungswechsel. Andere Probleme und Auseinandersetzungen sind sehr individuell, z. B. eine Krankheit oder Behinderung. „Stets befindet sich der Mensch in Phasen, in denen er in neue soziale Strukturen hineinwächst also in sie zunächst unvollständig integriert ist, und sich gleichzeitig aus alten Bindungen herauslöst“ (BAHRDT, 79). Diese Vorgänge werden von jedem Menschen ganz unterschiedlich erlebt, und die Art dieses Erlebens und Be- oder Verarbeitens hängt entscheidend von den individuellen Erfahrungen, Einstellungen und Kompetenzen des Einzelnen ab (s. Abb. 5). „*Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft beeinflussen das Erleben der Situation, bestimmen damit deren ‚kognitive Repräsentanz' und die Formen der Auseinandersetzung, die Reaktionsweisen oder auch ‚coping-Stile'*“ (LEHR, 141).

Abb. 5: Der Einfluss von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auf Erleben, kognitive Repräsentanz und Reaktionsformen (Quelle: LEHR, 142)

Abb. 6: Formen des Erlebens von Situationen und Reaktionsformen (Quelle: LEHR, 143)

Die allgemeine Einschätzung, dass diejenigen, die im Alter zufrieden sind, es schon in früheren Lebensphasen waren und die im Alter Unzufriedenen wiederum nicht, ist nicht haltbar, da in diesem Fall die Gegenwartssituation bzw. gegenwärtige Kompetenzen des alten Menschen vernachlässigt werden. Unter **Kompetenz** wird hier und im weiteren „die Fähigkeit des Menschen zur Aufrechterhaltung (oder Wiederherstellung) eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens in einer anregenden, unterstützenden, die selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden Umwelt" (KRUSE, 25) verstanden. „Erfolgreiches Altern" ist demnach abhängig von dem Verhältnis zwischen den Anforderungen und den sozialen und personalen Ressourcen, auf die alte Menschen zurückgreifen können, wobei hier schon darauf hingewiesen werden muss (vgl. Kapitel 4.2), dass „das Ausmaß und die Formen der Individualisierungen je nach Teilkultur sozialer Gruppen und sozialer Schichten differieren" (BAHRDT, 80).
Im Leben erworbene Kompetenzen und Erfahrungen können bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Trotzdem kann aus einem lebensfrohen und lebensbejahenden Menschen unter ungünstigen Bedingungen durchaus ein resignierter, einsamer, evtl. depressiver alter Mensch werden. Denn die Frage nach dem „Besitz" dieser Kompetenzen kann nicht losgelöst werden von der Frage, ob die Möglichkeit besteht, diese überhaupt verwirklichen und leben zu können. „Nicht wie a l t wir werden, ist bedeutsam, sondern w i e wir alt werden. Je älter wir werden, um so größer sind die individuellen Unterschiede im Erleben und Verhalten. *Altern ist individuelles Schicksal.* Etwaige Abbauprozesse betreffen weder alle alten Menschen noch alle Fähigkeiten des einzelnen. Biographische Entwicklung und die Erwartung anderer beeinflussen unser Verhalten stärker als das kalendarische Alter" (GROND, 15).
Alter(n) als individuelles Schicksal in Abhängigkeit von persönlichen Kompetenzen, äußeren Veränderungen und gesellschaftlichen Einstellungen eröffnet somit die große Chance, auch diesen letzten Lebensabschnitt als *Entwicklungs*phase zu betrachten.

3.2 Das Prinzip der Ganzheitlichkeit

Aufbauend auf dem individuellen Alter(n)sbegriff muss Altenpflege den Anspruch erheben, in der Begegnung mit dem alten Menschen nicht nur vorhandene, sondern auch verloren gegangene Kompetenzen wahrzunehmen, Entwicklungschancen aufzuzeigen und „dem Vorurteil vom endgültigen Abbau des Pflegefalles, der Annahme einer besserungsunfähigen, irreversiblen Pflegebedürftigkeit" (GROND, 20) zu widersprechen. Dies macht die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen deutlich, d. h. eine Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen in seiner Gesamtheit als Einheit von Körper, Seele und Geist.

Der Mensch muss demnach „als soziales Wesen und im Kontext seiner Geschichte ‚als Kind seiner Zeit'" (KÄMMER, o. S.) betrachtet werden. Es darf zu keiner vom gesamten Menschen losgelösten Betrachtung einzelner Körperteile oder auftretender Symptome kommen.

> „Neben der Ganzheitlichkeit bildet das Wissen um die Veränderungsfähigkeit des Menschen einen wesentlichen Aspekt im pflegerischen Bewusstsein. (...) Aufgabe der Pflegenden ist es, alte Menschen in unterschiedlichen Lebens- und Krisensituationen, z. B. beim Gesundwerden, Umgang mit Behinderungen, Schwächerwerden und Sterben zu begleiten und sie auf ihrem Lebensweg zu unterstützen. Pflegende brauchen ein positives Verhältnis zur Veränderung, damit sie mit den wechselnden Befindlichkeiten der Alterspatienten angemessen umgehen können" (KÄMMER, o. S.).

Das **ATL-Modell** von JUCHLI ist als bedürfnisorientiert bekannt und wird vielerorts „als Grundlage einer ganzheitlichen, individuell am Patienten orientierten Pflege" (ROCHE LEXIKON MEDIZIN) angewandt. Die Ganzheit des Menschen zerlegt JUCHLI jedoch in „12 **A**ktivitäten des **t**äglichen **L**ebens":

12 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach LILIANE JUCHLI
Kommunizieren Sich bewegen Körpertemperatur regulieren Sich waschen u. kleiden Essen u. trinken Ausscheiden
Atmen Wach sein u. schlafen Raum u. Zeit gestalten, arbeiten u. spielen (sich beschäftigen)
Kind, Frau, Mann sein
Sich sicher fühlen u. verhalten
Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen

Abb. 7: 12 ATL nach JUCHLI (veränderte Reihenfolge, Quelle: ROCHE LEXIKON MEDIZIN)

Ob diese ATL nun kreisförmig um die Mitte – den Menschen – angeordnet werden oder die Menschen sich um die ATL herum bewegen (vgl. JUCHLI, 77ff) – dieses Modell lässt kaum die Betrachtung eines *ganzheitlichen* Bildes vom Menschen zu. STÖSSER (85) kritisiert demzufolge zu Recht, „dass die nach der ATL-Systematik aufgestellten Pflegepläne die Komplexität einer Situation nicht berücksichtigen können. (...) Außerdem führt die Aufsplittung in einzelne ATL dazu, dass bei einem hieran orientierten Pflegeplan permanent Wiederholungen auftreten, die größtenteils überflüssig sind und den Blick auf das für den Patienten Wesentliche zusätzlich behindern".

Beim Vergleich des ATL-Modells von JUCHLI mit anderen Pflegemodellen, z. B. von HENDERSON oder ROPER (vgl. alle DRERUP), fällt ihre große Ähnlichkeit auf. Es wird deutlich, dass keins dieser Modelle die Ganzheitlichkeit des menschlichen Seins in die Pflege integrieren kann. Allein KROHWINKELs „Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens“ (vgl. ders.) – kurz AeDL – tragen dem Umstand Rechung, dass mit den ATLs von JUCHLI nicht alle Aspekte menschlichen Lebens erfasst werden, indem sie diese zumindest um die Kategorien „Soziale Beziehungen des Lebens sichern“ und „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ erweitert.

3.3 Aufgaben und Ziele moderner Altenpflege

Altenpflege unterliegt ständig der Gefahr, dem zu Betreuenden unter dem Schutzmantel der gutgemeinten Führsorglichkeit alles abzunehmen. Doch je mehr Tätigkeiten des täglichen Lebens ihm abgenommen werden, desto mehr verlernt er auch, für sich selbst zu sorgen, zumal er die Zuwendung – wenn auch oft unbewusst – zum Teil als sehr angenehm empfinden kann. Dadurch werden alte Menschen oft erst zum hilflosen Pflegefall gemacht und regredieren wieder zum kleinen Kind (Pflegerin = Mutter, Arzt = Vater). Dies wird vom Verhalten des Pflegepersonals zusätzlich verstärkt, indem keine (re)aktivierende, sondern „eine kurative Form der Pflege praktiziert [wird], in deren Handlungsweise tatsächlich die Abnahme der Probleme – und zwangsweise damit verbunden auch der Ressourcen des Patienten erfolgt“ (VOGELAUER/PFUSTERER, o. S.). Dies endet leider allzu oft in teilweiser oder totaler Entmündigung des alten Menschen.

Hinzu kommt, dass durch gesetzliche Vorgaben, schlechte Arbeitsbedingungen und wenig Fachpersonal – um nur einige Gründe zu nennen – der Blick auf das einzelne Individuum immer mehr verloren geht und Pflege auf das Nötigste („Warm-Satt-Sauber“) reduziert wird. Ganzheitlich ausgerichtete Altenpflege, die nach dem Kompetenzmodell arbeitet, legt zwei Schwerpunkte: Sie betrachtet den alten Menschen als individuelle Persönlichkeit samt seiner biographischen Erfahrungen und besonderen Lebensweisen. Außerdem orientiert sie sich an den Stärken des alten Menschen und findet Mittel und Wege, diese zu aktivieren, zu erhalten und optimal zum Stabilisieren und Wiedererlangen von Wohlbefinden und Selbstbestimmung zu nutzen. Aus dieser Kombination resultiert ihr Bemühen, in erster Linie im Interesse des alten Menschen zu handeln und für eine fördernde Umwelt zu sorgen. Diese muss für den Menschen einen Anreiz darstellen, sich nicht derart mit seiner Pflegebedürftigkeit abzufinden, dass er Fähigkeiten ungenutzt lässt oder sogar verliert, welche ihm Selbständigkeit und Selbstbestimmung ermöglichen können. Es wird deutlich, dass diese pflegerischen Aufgaben

ein offenes, kommunikatives und lernfähiges Klima innerhalb der Pflegekräfte und der Institutionen voraussetzen. Alles pflegerische Tun und Handeln sollte stets unter Berücksichtigung und im Bemühen des Pflegenden stehen, seine dem alten Menschen gebotene Hilfe – wenn möglich – wieder überflüssig zu machen.

Nicht weiter eingegangen werden soll in diesem Zusammenhang auf die Angehörigenarbeit und die Arbeit im multiprofessionellen Team, obgleich beide selbstverständlich Bestandteile einer ganzheitlichen und kompetenzorientierten Pflege sind. Einige Aspekte der Angehörigenarbeit werden angeschnitten, wenn es um erweiterte Möglichkeiten geht, sie in den Pflegeprozess alter Menschen einzubeziehen.

3.4 Die besondere Bedeutung der Biographiearbeit in der Altenpflege

Die Bedeutung der Biographiearbeit ist im Kapitel 2.1 bewusst sehr allgemein gehalten worden, um hier hinsichtlich der speziellen Situation in der Altenpflege genauer darauf einzugehen. Es ist einerseits deutlich geworden, dass die Biographie und die Beschäftigung mit ihr für jeden einzelnen von großer Wichtigkeit ist und anderseits, aus welchen Gründen Biographiearbeit speziell im Alter eine notwendige Auseinandersetzung darstellt. Bezogen auf die professionelle Altenpflege kommen jedoch noch besondere Punkte hinzu, die vor allem das Spannungsfeld Pflegebedürftiger – Pflegekraft entscheidend beeinflussen können.

Die Bedeutung hinsichtlich auffälligem Verhalten

Verhalten sich alte Menschen auffällig, so werden Erklärungen dafür meist ausschließlich in der Gegenwart gesucht und der Aspekt der Lebensgeschichte vernachlässigt. Das liegt sowohl daran, dass das Bewusstsein für die Bedeutung dieses Aspekts noch nicht allzu alt ist als auch daran, dass sich biographische Daten alter Menschen oft nur sehr bruchstückhaft in ihren Akten wiederfinden. Einschneidende frühere Lebensereignisse sind den Pflegekräften häufig nicht bekannt oder wurden vergessen.

Das Verhalten des alten Herrn, der nachts um 2 Uhr seine Mitbewohner durch lautes Herumgehen stört, wird natürlich als auffällig bezeichnet. Betrachtet man es allerdings unter dem Gesichtspunkt, dass der Mann 35 Jahre lang als Bäcker in einem Großbetrieb arbeitete, ist sein ungewöhnlicher Schlafrhythmus durchaus verständlich (vgl. BÖHM, 1988, 179). Ob er nun mit einem Schlafmittel an die normalen Ruhezeiten angepasst wird oder einen Raum zur Verfügung gestellt bekommt, in dem er sich aufhalten kann, bleibt Entscheidung des Personals. Jedenfalls kann sein Verhalten nicht mehr als **unnormal** bezeichnet werden.

Ein ganz anderes Beispiel sind die erschreckenden Erfahrungen, die BÖHMER (39) mit sexueller Gewalt in den Lebensgeschichten alter Frauen gemacht hat: „Sowohl bei psychisch auffälligem Verhalten von alten Frauen, d. h. Verhalten, welches außerhalb der ‚Norm' liegt, wie auch bei somatischen Symptomen wird – im Gegensatz zu jüngeren Frauen – kaum Ursachenforschung in ihrer Biographie unter diesem Aspekt betrieben. So haben frühere sexuelle Gewalterfahrungen selten Einfluß auf Diagnosestellung und Therapie. Dadurch erhalten alte Frauen oft nur eine Symptombehandlung mit Medikamenten und/oder Realitätsorientierungstraining und Beschäftigungstherapien. Sie werden somit reduziert auf altersverwirrte, demente, hysterische und psychotische Frauen“. Die Diagnose „Posttraumatisches Belastungssyndrom” durch sexuelle Gewalt ist BÖHMER in der Altenarbeit unbekannt (vgl. ebd.). Dabei haben frühere sexuelle Gewalterfahrungen in der Regel noch viele Jahre später große Auswirkungen auf die Frauen. Besonders deutlich wird dies auch bei der paranoiden alten Frau, von der BÖHM (1996, 150f) berichtet:

„Ärztliche Diagnose

Arteriosklerose, Demenz mit paranoiden Ideen, Cordiopathie, Hepatopathie

Status auf der Station

Voll bewegliche, mobile Frau mit keinen vital beeinträchtigenden somatischen Erkrankungen, Herz-Leber-Leiden! Etwas verlangsamte Denkweise. Keine paranoiden Ideen explorierbar. Sie erscheint eher so, daß sie sich auf eine Hospitalisierung (Disengagement) auf der Abteilung vorbereitet.

Differentialdiagnostischer Ausgang

Es findet sich eine etwas verbarrikadierte Wohnsituation vor. Die Klientin gibt an, nachts plötzlich Stromstöße von tausend Volt in die linke Zehe zu bekommen. In das rechte Ohr sagen ihr Stimmen, sie sei eine Schlampe, Aggressoren kommen nachts und bedrängen sie. Nachbarn geben an, Frau R. schreie nachts laut am Gang und wecke dabei die Mitbewohner auf. Sie sei eine Irre und gehöre ins Narrenhaus. Im Hausparlament wurde eine Einweisung beantragt.

Biographie

Flucht aus der Tschechoslowakei 1930. Dabei ließ sie ihr Neugeborenes zurück. Bei der Flucht wurde sie vergewaltigt und von einem Gewehrkolben auf die linke Großzehe geschlagen. Sie verdiente ihr Geld als Wirtshausköchin und heiratete nie mehr. Ob ihr Kind lebt oder nicht, entzieht sich ihrer Kenntnis.

Impulse

Frau R. plagt das schlechte Gewissen. Es ist kein Wunder, daß sie beschimpft (Schlampe), bedroht wird.
Therapie: Negative Intervention.

Gegen die Stromstöße wurden Gummistiefel gekauft, mit denen sie auch jetzt noch schläft. Gegen die Stimmen wurde eine Beichte abgehalten. Sie konnte sich ihre ‚Schuld' von der Seele sprechen (Entlastungsgespräch).
Da sie böhmische Köchin war, wurden für das ganze Haus (als milieutherapeutische Maßnahme) Buchteln gebacken, die die Patientin selbst an die Bewohner verteilte und damit den Eindruck einer Irren korrigieren konnte."

In besonderen Pflegesituationen können derart verdrängte traumatische Erlebnisse wieder stark aufleben, z. B. beim Baden durch einen männlichen Pfleger, beim Katheterisieren und Fixieren, wenn bei der Intimpflege andere Personen anwesend sind oder beim Waschen Sätze fallen wie „Machen Sie mal die Beine breit!" oder „Es tut nicht weh". Es ist nicht davon auszugehen, dass alte Frauen von selbst über ihre Gewalterlebnisse erzählen. Hier ist die Sensibilität der Ärzte und Pflegekräfte sowie psychologisches Fachwissen gefragt. In der Pflege und Betreuung aber ist es unumgänglich, pflegerische Maßnahmen und die allgemeinen Umgangsformen mit den Frauen stets zu reflektieren und gegebenenfalls zu revidieren.

Die Bedeutung für die Pflegekraft

Eine persönliche Beziehung zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der Pflegekraft ist nur dann möglich, wenn der Pflegekraft die *Bedürfnisse* ihres Klienten bekannt sind und sie diese respektiert, d. h. sie kann mit dem alten Menschen nicht in einen positiven Kontakt treten, wenn sie sich nicht offen und sensibel dem gegenüber zeigt, was dieser als *seine ihn belastende Hilflosigkeit empfindet und signalisiert*.
Biographiearbeit kann dabei als „Schlüssel" fungieren, sofern sie sich durch besondere Behutsamkeit und Kompetenz in der Vorgehensweise auszeichnet. Denn wenn Pflegepersonen wissen, aus welchen Gründen der verwirrte Mensch „aus der Welt flüchtet" (BÖHM 1996, 33), können sie ihn leichter als denjenigen annehmen, der er ist. Seine Verhaltens- und Reaktionsweisen werden ihnen durch Biographiearbeit verständlicher und bleiben so nicht mehr nur Symptome (z. B. von Alzheimer). Die veränderte Sichtweise auf den Klienten kann bei Pflegekräften zur Erhöhung ihrer eigenen Frustrationsgrenze führen. Mit dem Wissen um die wesentlichen Erfahrungen und Erlebnisse des alten Menschen kristallisieren sich diejenigen Besonderheiten heraus, die in der Pflege Berücksichtigung finden müssen. Dadurch besteht die Chance, nicht nur den Körper des alten Menschen, sondern auch seinen Geist und seine Seele zu pflegen und positiv anzusprechen.
Von weiterer Bedeutung ist, dass sich den Pflegekräften durch Biographiearbeit auch neue Möglichkeiten eröffnen können, in einer vielleicht anfangs völlig „stummen Situation" Wege der *verbalen und nonverbalen Kommunikation* zu finden (s. hierzu Kapitel 6.3). In einem förder-

lichen Umfeld unterstützt und fördert dies das tägliche Miteinander. Die oft vorhandene anonyme Pflegeroutine kann so zu einer persönlichen Beziehung gelangen.

Als besonders förderlich und theoretisch unumgänglich muss in diesem Zusammenhang auch die **Bezugspflege** erwähnt werden. Sie bietet nicht nur dem pflegebedürftigen alten Menschen Sicherheit und Orientierung, sondern bedeutet auch für die Pflegekraft eine erhöhte Herausforderung, da ihre Eigenverantwortung kontinuierlich weiterentwickelt wird. Ein Arbeitsfeld, dass eigene Ideen und Kreativität zulässt – und das muss Bezugspflege bedeuten – wirkt sich positiv auf die Arbeitsmotivation der Pflegekräfte aus. Aktivierende Maßnahmen werden geplanter und effektiver eingesetzt und zwischenmenschliche Beziehungen intensiver gepflegt. Wird diese argumentative Kette fortgesetzt, kommt es am Ende zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals und dadurch zur Senkung der Krankenstände, was wiederum eine Kostensenkung bedeuten würde.

Empathie

Erst die Fähigkeit zur Empathie macht eine Pflegebeziehung zwischen dem alten Menschen und der Pflegekraft möglich. Empathie ist die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen. Ich erwähne sie hier bewusst, weil sie für die Biographiearbeit unverzichtbar ist. Jedoch darf sie in der Altenpflege nicht uneingeschränktes „Mit-fühlen“ oder gar Identifikation mit dem Klienten bedeuten. Dies wäre dem alten Menschen keine Hilfe. Das lässt sich leicht nachvollziehen bei der Vorstellung, wenn jemand anderes zu wissen glaubt, was für einen selbst das Beste ist, dies aber nur aus *seiner* Sicht und aus *seinen* Bedürfnissen heraus betrachtet. Oder anders formuliert: Es ist zwar möglich, emotional ein Stück weit „in den Schuhen eines anderen“ zu gehen, aber welche Richtung dieser einschlägt oder welche Problemlösemechanismen er bereithält, kann nur vermutet werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass der empathisch denkende Mensch aus seiner eigenen Person und Biographie heraus in bestimmten Situationen ganz anders reagiert als der alte Mensch, ist sehr groß, da das Denken und Handeln beider einer völlig verschiedenen – individuellen – Erfahrungswelt zugrunde liegt. BÖHM betont, dass Empathie auch nicht Verständnis bedeutet: „Die Patienten dürfen aber Dinge tun, Widersprüche zeigen, die absonderlichsten Gefühle haben, ohne daß die Pfleger das in irgendeiner Weise nachvollziehen müssen. (...) Ich meine, daß man dem Klienten und seinen Handlungen verstehend statt verständlich gegenübertreten soll“ (BÖHM 1996, 26f). Dazu ist es wichtig, den Betroffenen zu akzeptieren und ihn in seinem Verhalten nicht zu korrigieren oder gar zu maßregeln. Ganz im Gegenteil: Durch die ihm gegenüber ausgedrückte Wertschätzung wird sein Selbstwertgefühl gestärkt. Dies wiederum vermittelt dem alten Menschen ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit.

4. Das Psychobiographische Pflegemodell nach ERWIN BÖHM

ERWIN BÖHM schafft es, Biographiearbeit auf ganz besondere Weise für die Pflege desorientierter und verwirrter alter Menschen fruchtbar zu machen. In seinem Modell unterscheidet er zwischen *Noo*psyche (rationaler und kognitiver Anteil der Psyche, Gedächtnisleistungen) und Thymopsyche (Gefühle, Erinnerungen) und misst der *Thymo*psyche in der Altenpflege eine besondere Bedeutung bei: Durch die *(Thymo-)Psycho*-Biographie wird der Schwerpunkt auf die „*seelische*“, emotionale Lebensgeschichte des Menschen gelegt, über die es möglich wird, viele Verhaltensweisen des Menschen im Alter zu erklären und verstehen zu lernen. Dieser wichtige Punkt soll im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

4.1 Das Prinzip der Reaktivierung durch Biographiearbeit

Begrifflichkeit und Zielsetzung

Das Prinzip der aktivierenden Pflege und Betreuung verfolgt das Ziel, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des pflegebedürftigen alten Menschen weitestgehend zu erhalten. Schon BADER formulierte 1986 für Menschen mit geistiger Behinderung, was auch für die Altenpflege gilt:

> „Aktivierende Betreuung ... bedeutet das verstehen ihrer Lebensgeschichte in der einzigartigen und individuellen Ausprägung, das Aufdecken von verschütteten Fähigkeiten, das Rückgängigmachen von Entmündigung in vielen Lebensbereichen, die Entwicklung und Artikulation von zugrundeliegenden Bedürfnissen und den behutsamen Aufbau des deformierten Selbstwertgefühls“ (BADER, 275).

Das Ziel einer solchen Betreuung oder Pflege ist nicht, den alten Menschen so sorgsam wie möglich zu verwahren und ihn „geduldig in den Tod zu pflegen“, sondern ganz im Gegenteil: den alten Menschen und seinen Lebenstrieb zu „wecken“ und ihn – wenn möglich – wieder zu einer selbständigen Lebensführung zu begleiten.
Von diesem Standpunkt aus ist es nicht mehr weit zu BÖHMs **Re-**Aktivierender Pflege[7]. Es handelt sich um eine Spezifizierung der pflegerischen Herangehensweise: Die Vorsilbe Re- unterstreicht auch hier, dass es sich um eine *Zurück*gewinnung handelt, in diesem Fall um ein Herausholen des alten Menschen aus der sogenannten Rückzugsphase (Disengagement-Verhalten) zurück in die aktive Lebensgestaltung. Es kommt dabei zu einer Art Wiederbele-

[7] Seine unterschiedliche Verwendung von „Re-Aktivierung“ und „Re-Vitalisierung“ wird bei BÖHM nicht deutlich genug. Er schreibt (1996, 74): „Somit verwende ich den Begriff Re-Aktivierung, da ich etwas alt Gespeichertes noch mal zu wecken versuche“. Dies geschieht m. E. auch bei der Re-Vitalisierung. Daher wird hier ausschließlich mit dem Begriff der Re-Aktivierung gearbeitet.

bung der Altersseele bzw. emotionalem Reanimationsprogramm des Altgedächtnisses. Dies geschieht, indem auf gewohnte Handlungen, Abläufe und Denkstrukturen des alten Menschen zurückgegriffen wird. Als Ziel steht bei BÖHM nicht die Anpassung des alten Menschen an die „Normen gesunden Alterns" oder an den Institutionsalltag, sondern eine größtmögliche Erhaltung (oder Wiederherstellung) der Selbständigkeit des alten Menschen und seiner sozialen Kompetenzen. Selbstständigkeit meint hier jedoch nicht vorrangig körperliche Mobilität, sondern selbstständiges Denken, Fühlen, Entscheiden und Handeln. Um dieses Ziel erreichen zu können ist es unerlässlich, Reaktions- und Verhaltensweisen der alten Menschen zu verstehen und sie nicht als bloße Symptome, sondern als persönliche Ausdrucksweisen zu behandeln.

In seinen Ausführungen tauchen immer wieder zwei Leitpfeiler richtungsweisend auf: Zum einen bedeutet Pflege für BÖHM in erster Linie **Bedürfnisbefriedigung**, die es nötig macht, nach dem aktuellen Grundbedürfnis des alten Menschen zu suchen und nach Wegen, dieses zu befriedigen. Dabei soll und darf es jedoch anschließend nicht bleiben: Mittels seiner eigenen Kompetenzen soll der alte Mensch in die Lage versetzt werden, seinen Bedürfnissen wieder selbst nachzukommen. Dies macht eine umfangreiche Datenermittlung (s. Kapitel 4.2) nötig, welche u. U. einige Zeit in Anspruch nehmen kann. Doch wie bereits aufgezeigt, kommt dies nicht nur dem alten Menschen zugute, sondern beeinflusst auch ganz entscheidend das Verhältnis zwischen Klient und Pfleger sowie die Lebens- und Arbeitsatmosphäre in der Einrichtung.

Zum anderen ist BÖHMs oberstes Motto: Altenpflege ist „**Helfen mit der Hand in der Hosentasche**" (1996, 96)! Dies bedeutet nicht, dass das Pflegepersonal gar nichts tut, sondern dass es genau das nicht tut, was der Betagte noch *selbst* tun kann. Sicherheit bieten bei seinen Versuchen, zu Selbständigkeit und Autonomie zurück zu gelangen, ist die vorrangige Intention pflegerischer Leistungen! Der alte Mensch soll spüren, dass er – so weit, wie es ihm möglich ist – sein Wohlergehen selbst in der Hand hat.

Verwirrtheit und auffälliges Verhalten als Zeichen akuter Dekompensation

Zu einer Dekompensation im Gehirn kann es durch **Störung der Homöostase** (Gleichgewicht) kommen. Dabei treten plötzlich Verhaltensänderungen aufgrund von Hirnleistungsstörungen auf: Bei einer *cerebralen* Dekompensation entstehen sie nach einer primär vom Gehirn ausgehenden Funktionsstörung (z. B. Insult, Tumor, Trauma), während bei der *somatischen* Dekompensation die Hirnleistung aufgrund extracerebraler Körperanteile (z. B. eine Krankheit, plötzliche Aufregung, bestimmte Medikation) zusammenbricht. Eine *psychosoziale* Dekompensation entsteht, „wenn allgemeine psycho-soziale Belastungen das schon sehr

beeinträchtigte Gehirn (Insuffizienz) durch eine plötzliche seelische oder soziale Belastungssituation außer Betrieb setzen“ (BÖHM 1996, 88). Es kann sich aber auch um einen psychischen Druck handeln, der sich durch eine gestörte Umgebung seit Jahren angestaut hat (z. B. Eheprobleme) und nun in spezifischer Weise ausbricht.

Hinsichtlich der **Symptomatik** berichtet BÖHM hauptsächlich von psychopathologischen Syndromen „im Sinne von

- depressiven Verstimmungen,
- Durchgangs-Syndromen (Funktionspsychosen) im Sinne von Verwirrtheits- und Desorientiertheitszuständen,
- akut auftretenden paranoide Ideen und
- akuten Hirnleistungsschwächen sowie
- Persönlichkeitsveränderungen“ (BÖHM 1996, 88).

BÖHM geht davon aus, dass sich bei einer Vielzahl von Pflegefällen Pflegebedürftigkeit bzw. Verhaltensauffälligkeiten und Verwirrtheit nicht in erster Linie aufgrund demenzieller Veränderungen einstellen, sondern aus einer Dekompensation heraus ergeben. Diese Dekompensationssituationen werden nicht erkannt und die vorhandenen Möglichkeiten nicht genutzt, die Betagten wieder zur Kompensation der Lebensbedingungen bzw. zur selbständigen Befriedigung ihrer Bedürfnisse zurückzuführen. Geschieht dies nicht, kann der alte Mensch derart zum Pflegefall werden, dass er „resigniert und ein hospitalisierter, angepaßter Dauer- oder liegender Patient (aufgrund der Rückzugsphase) wird“ (BÖHM 1996, 95). Dieser Gefahr tritt BÖHM mit einem sehr entschiedenen „Programm“ entgegen, das als optimale Zielsetzung die Entlassung des alten Menschen (hier aus der Gerontopsychiatrie) in seine eigene Wohnung verfolgt.

Übergangspflege als Rückführung zu selbständigem Leben

Die viel diskutierte Übergangspflege strebt eine rasche Rückkehr des alten Menschen in seine eigene Wohnung an. Dies ist besonders nach akuten Erkrankungen und Krankenhausaufenthalten wichtig. Im deutschsprachigen Raum wurde Übergangspflege stark durch BÖHM geprägt, der schon 1978 in Österreich begann, Betagte aus der Gerontopsychiatrie in ihr heimisches Milieu zurück zu integrieren. Während seiner Arbeit sammelte er zahlreiche Erfahrungen, wie es gelingen kann, dass vorher pflegebedürftige alte Menschen ihren Alltag in gewohnter Umgebung wieder bewältigen können. Er vertritt die Ansicht, dass es möglich ist, den alten und (momentan) pflegebedürftigen Menschen derart zu reaktivieren, dass er bereits

verloren gegangene Fähigkeiten wiederentdeckt und für sich nutzbar machen kann (Reversibilitätstheorie).

Unverzichtbare Voraussetzung für die Übergangspflege ist die *Motivation* des Betagten und sein *Wille*, wieder nach Hause zurückkehren zu wollen. Dies kann durch eine Art „verbalen Pflegevertrag“ festgelegt werden, der während der Aufnahme des Klienten erstellt wird:

> „Schwester/Pfleger: Wollen Sie wieder nach Hause?
> Klient: Ja, ja.
> Schwester/Pfleger: Dann müssen sie aber ab morgen Ihr Spitalbett selbst machen, alleine essen, von Zeit zu Zeit allein baden etc.
> Natürlich muß der Patient wissen, daß wir „mit der Hand in der Hosentasche-Helfende“ hinter ihm stehen, bei ihm sind, so daß er im äußersten Notfall auf uns zurückgreifen kann“ (BÖHM 1996, 206).

Jede Übergangspflege beginnt mit einem multidisziplinären geriatrischen Assessment (im multiprofessionellen Team), dass die aktuelle Situation des Klienten deutlich machen soll sowie seine Kompetenzen und beeinträchtigten Funktionen. Bei einer gesundheitlichen Stabilität und positivem Befinden kann der Betagte nach Hause entlassen werden. Liegen Störungen, Krankheiten, geriatrische Syndrome u. a. vor, müssen die Ursachen abgeklärt werden. Dann sollen Physio- und Ergotherapie, Selbsthilfe- und Kommunikationstraining, der Ausgang in die eigene Wohnung u. a. dazu dienen, die Situation des alten Menschen zunächst auf der Station zu stabilisieren.
Eine schnellstmögliche Integration ins heimische Milieu ist jedoch keineswegs immer erstrebenswert. Problematisch und eher unwahrscheinlich wird sie, wenn bei dem Betagten eine zu kontrollierende Sucht oder ein akutes psychiatrisches Problem vorliegt. Außerdem sollte bei massiven Auseinandersetzungen mit oder zwischen seinen Angehörigen sowie bei Vorliegen eines Pflegeaufwandes, den ein ambulanter Dienst nicht abdecken kann, von einer Rückkehr in die eigene Wohnung abgesehen werden.

Das folgende Kapitel beschreibt diejenigen Erhebungen näher, die biographisch relevant sind und – bis auf den differentialdiagnostischen Ausgang – auch in der allgemeinen stationären Altenpflege von großer Wichtigkeit sind.

4.2 Datenermittlung und Pflegediagnose

Um einen alten Menschen da „abholen“ zu können, wo er momentan steht, ist die Erhebung einer gewissen Fülle von Informationen unvermeidbar. Neben der *ärztlichen Diagnose*, die ein unverzichtbarer Teil der ganzheitlichen Diagnosestellung ist und bleibt, stellt der *Status, den der Patient auf der Abteilung hat*, der *differentialdiagnostische Ausgang* und die *historische und individuelle (sowie entwicklungsgeschichtliche) Biographie* das von BÖHM (vgl. 1996, 19) geforderte Grundwissen über den alten Menschen dar. Dadurch soll die Situation erfasst werden, in der sich der Klient grade befindet. Bedürfnisse und Sehnsüchte werden deutlich, die als pflegerelevante Aspekte berücksichtigt werden müssen sowie Ressourcen oder „*Lebensbrücken* [in Form von] ‚ich war einmal, ich konnte einmal, ich möchte noch einmal'“ (ders, 34). Außerdem können anhand der Lebensgeschichte bestimmte Wiederholungsmuster aufgedeckt werden, die von Außen betrachtet symptomatischen Charakter besitzen, für die einzelne Person jedoch zum normalen Verhaltensrepertoire gehören (z. B. Kompensationsverhalten). „Erst aufgrund dieser Erhebungen kann man die sogenannte Pflegediagnose erstellen, interpretieren und davon pflegerische Maßnahmen – Impulse ableiten“ (ders., 19). Einige Beispiele werden das im Folgenden noch weiter verdeutlichen.

Differentialdiagnostischer Ausgang

Um zu verhindern, dass aus dem eben auf die Station aufgenommenen alten Menschen ein „hospitalisierter, angepaßter Dauer- oder liegender Patient“ (BÖHM 1996, 95) wird, hält BÖHM einen sofortigen differentialdiagnostischen Ausgang für die erste vorbeugende Maßnahme. Mit diesem Belastungsausgang soll sowohl das Orientierungsvermögen des alten Menschen in seiner nächsten Umgebung beobachtet werden als auch seine Reaktionen und sein Verhalten in der eigenen Wohnung. Es kommt somit zu einer Rückführung ins vertraute Milieu – ins Altgedächtnis. Die Wohnung eines alten Menschen ist voll von „biographischen Reizen“ – sowohl optischen (Nippes, Fotos, Ordnung etc.) als auch taktilen (Schmutz, Stoffe und Materialien etc.) und olfaktorischen (Parfum, verdorbene Lebensmittel, Putzmittel etc.). Sie alle wirken zumeist unbewusst auf den Klienten und beeinflussen sein Verhalten.

Folgendes ist zu beobachten: Ist er mit der Situation überfordert? Findet er sich in seiner Wohnung zurecht? Kann er z. B. (seinen Gästen) einen Kaffee kochen? Kommt er somit an einem Ort an, der ihm Schutz bietet, seinen Bedürfnissen gerecht wird und ihm seine individuelle Lebensqualität bietet? Oder möchte er so schnell wie möglich wieder fort? „Der Patient zeigt uns, was er will, was er anzubieten hat und was ihn berührt. Er will keine ärztliche Diagnose, er möchte Hilfe“ (ders., 23).

Oft kann in der Wohnsituation abgeklärt werden, warum der alte Mensch keine Kompensationsmöglichkeiten mehr aufbringen konnte und akut hilfsbedürftig wurde. Die Ursache muss schnellstmöglich beseitigt und einer erneuten Dekompensation durch entsprechende Maßnahmen vorgebeugt werden. In der Wohnung kann aber auch deutlich werden, dass der Betagte sich dort durchaus weiterhin zurechtfindet und in der Lage ist, seinen Alltag mit mehr oder weniger Unterstützung von außen selbständig zu bewältigen.

Individuelle Biographie

Die Erhebung der individuellen Biographie geschieht über einen längeren Zeitraum, wodurch „einerseits Symptome, die in der Jugend etc. ihren Ursprung haben, erkannt, andererseits aber auch Reaktivierungsprogramme aufgestellt werden“ (BÖHM 1996, 23). Als Erhebungsmethode wird hauptsächlich das Gespräch benutzt (s. Kapitel 4.3). Bei einem diagnostischen Gespräch ist zu bedenken, dass ein alter Mensch nur von den Dingen seines Lebens berichtet, die ihm bewusst sind. Anteile seiner Identität oder Erfahrungen, mit denen er nicht zurechtkommt oder die ihn unbewusst stark belasten, wird er aus seinen Erinnerungen ausschließen, verdrängen oder gar vergessen. Zwar kommt dieses Unbewusste bei manchen Menschen in verschlüsselter Form zum Ausdruck – z. B. durch Mimik oder Körpersprache – fest steht jedoch, dass das Bild, welches sie von ihrem Leben präsentieren, immer ein Bild sein wird, mit dem sie sich identifizieren und (weiter-)leben können. Dies kann u. U. bedeuten, dass es in wesentlichen Punkten stark von der Realität abweicht. Von Außenstehenden muss das unbedingt akzeptiert werden, weil es sich dabei in erster Linie nicht um Schönfärberei handelt, sondern um die Auswirkung des inneren Drucks eines jeden Menschen, mit seiner Biographie und der Identität, die dahinter steht, weiterleben zu *müssen*!
BÖHM hebt hervor, dass die Paarbiographien besonders aufschlussreich für pflegerische Maßnahmen sein können: „Es ist doch interessant, daß gerade ein Mann, der eine Furie, eine Beißzange als Gattin hatte, bei deren Tod nicht erfreut ist über die plötzliche Ruhe, sondern dekompensiert, wenn man ihm nicht als Übergangspflegerin die grantigste (keppelndste) gibt, die man auf der Station zur Verfügung hat. Dies altvertraute Milieu gibt Sicherheit. So war es immer!“ (ders., 24)

Historische Biographie

In der Begegnung mit einem Menschen stehen sich nicht nur die einzelnen Personen gegenüber. Jeder Mensch ist auch Ausdruck seines Landes, seiner Kultur und seiner Geschichte. Diese Komplexität wirkt sich mehr oder weniger auf jeden zwischenmenschlichen Kontakt

aus und beeinflusst Begegnungen um so mehr, je intensiver sie sind: Menschen begegnen sich in diesem Sinne nicht „unabhängig“; sie begegnen gleichzeitig auch einem Teil ihrer Umwelt, ihrer Mitmenschen und ihrer eigenen Geschichten. Zur Entwicklung von Verhaltens- und Reaktionsmustern von alten Menschen trägt die Zeit entscheidend bei, in der sie gelebt haben, also die historischen und soziologischen Momente wie z. B. der Überlebenskampf in (Nach-) Kriegszeiten oder das soziale Milieu, in dem sie aufwuchsen. Sie haben die alten Menschen geprägt und zu dem gemacht, was sie heute sind. Wenn man ihnen also helfen will und nicht nur die Symptome ändern möchte, muss man sich auch mit dem Teil der Geschichte auseinandersetzen, in der sie in früheren Jahren lebten.

BÖHMs Forderungen sprechen hier ein soziologisches Arbeitsgebiet an, denn wissenschaftlichen Aussagen von Soziologen sind solche über „‚Massenphänomene’, über Häufungen von sozialen Verhaltensweisen, die als typisch gelten können, ferner über die sozialen Strukturen, die sich durch typisches soziales Verhalten herausbilden, und schließlich die übergreifenden gesellschaftlichen Verhältnisse“ (BAHRDT, 77). Diese „Massenphänomene“ werden im psychobiographischen Pflegemodell in umgekehrter Richtung betrachtet und ausgewertet. Dadurch lassen sich z. B. folgende Fragen beantworten: Wie wirkten sich die allgemeinen Verhältnisse in der Gesellschaft auf das Leben des einzelnen Individuums aus? Welche Zwänge entstanden dadurch? Prägten diese den Lebensstil? Hatten sie entscheidenden Einfluss auf die Biographie? BAHRDT (82) verdeutlicht diese Zusammenhänge in einem literarischen Beispiel: „Den ‚totalen’ Robinson gibt es nicht. Der Robinson Daniel Defoe’s überlebt, weil er geschichtlich genau lokalisierbare Fertigkeiten verinnerlicht hat, welche ihm die protestantische Erziehung und die frühe Aufklärung vermittelt haben“.
Eine Generation besitzt eine Art gemeinsame Sozialgeschichte und hat ähnliche Lebenserfahrungen gemacht. Junge Pflegekräfte können diese in ihrer Arbeit kaum berücksichtigen, da sie ihnen meist unbekannt sind. Das ändert sich durch die sogenannte „**Milieuarbeit**“. Eine Variante der Milieuarbeit besteht darin, dass Pflegekräfte sich von den Betagten wie von einem „Geschichtslehrer“ über die Zeiten, Sitten und Bräuche, in denen sie gelebt haben, aufklären lassen (vgl. BÖHM 1996, 22). Das Ernstnehmen dieser historischen Bestandteile einer Biographie mit den daraus resultierenden Eigenheiten und Lebensformen der Betagten stellen eine bisher weit verkannte Chance für den Pflegeprozess dar. Darauf wird im Folgenden (s. Kapitel 4.4) unter dem Stichwort „Prägungen“ noch einmal näher eingegangen.

Pflegeimpulse

BÖHM nennt jegliche Pflegemaßnahme „Impulssetzung“ oder „Pflegeimpuls“, da er „den Patienten die Arbeit nicht abnehme[n], sondern sie ganz im Gegenteil belasten will (Vigilanzsteigerung etc.)“ (BÖHM 1996, 31). Dies geschieht hauptsächlich durch starke Stimuli von außen, da normale Reize durch altersbedingte Abstumpfung oder Affektabschwächung das Innere des Menschen nicht mehr erreichen können. „Mit anderen Worten, je demenziell abgebauter ein Mensch ist, desto höher muß die Stimulation sein. Die richtige Dosis ist natürlich zwischen Überforderung und Unterforderung zu finden und auf jeden Menschen wieder subjektiv zugeschnitten“ (ders., 70).
Sinn dieser „Reizanflutungen“ ist die Weckung der Lebenstriebe des alten Menschen, d. h. „zu versuchen, *unlustbetonte in lustbetonte* Befindens- und Stimmungssituationen umzuwandeln“ (ders., 72). Diese Lust darf jedoch nicht unbedingt im Sinne von Freude oder Spaß (an etwas) verstanden werden, sondern eher mit einer Aktions-Lust, einer Motivation, sich zu regen und zu bewegen – eben wieder aktiv am Leben teilzuhaben. „Durch die Reizanflutung kommt es zu einer dynamischen Expansion. Es kommt zu einer Anhebung des *elan vital*, verbunden mit einer positiven Tönung des Befindens (Befindenspflege). Dadurch werden positiv besetzte Elemente des Wertgefühls aktualisiert, negativ besetzte Elemente verlieren an Bedeutung“ (ders., 72, Hervorh. von mir). Ein Beispiel:

„Ärztliche Diagnose

Ärztliche Intervention:
In der Wohnung der Klientin treffen sich ein praktischer Arzt, eine mobile Schwester und die zuständige Heimhilfe. Alle versuchen verzweifelt, die Klientin davon zu überzeugen, daß sie sich wegen der Wohnungsverwahrlosung und der Ulcera (Geschwüre) an den Beinen sofort einer Behandlung unterziehen müsse.

Status

[Trotz des beschriebenen Umstandes] verweigert die Klientin die Behandlung und die Sanierung des sanitären Übelstandes. Eine besondere Kritiklosigkeit oder Uneinsichtigkeit kann aber nicht festgestellt werden. Sie meint, daß die Wohnung und die Beine ihr Eigentum wären und sie damit machen könne, was sie wolle.

Impuls

Der etwas größere männliche Pfleger ergreift das Wort ...: ‚Frau S., Sie haben zwei Möglichkeiten. Erstens, Sie lassen sich behandeln und wir sanieren die Wohnung, oder zweitens, Sie lassen sich nicht behandeln und wir nehmen Sie sofort mit in die Psychiatrie.’ Die Patientin zieht ohne Worte die Strümpfe aus, läßt sich die Ulcera versorgen und die Wohnung nach einer Woche sanieren (Teilsanierung).

Biographie

Alte Frauen (heute) sind dahin geprägt, daß der „Mann“ das Sagen hat. Derjenige, der das Geld nach Hause bringt, schafft an. ... [Der] männliche (meist ältere) Pfleger [besitzt] bessere therapeutische Änderungschancen ... . Die Betagten sind geprägt, deutliche, klare Anordnungen zu bekommen. Anordnungen und Richtlinien geben Sicherheit. Gerade bei demenziell veränderten Personen sind kräftige Stimuli erforderlich (Affektabschwächung)“ (BÖHM 1996, 68).

4.3 Einige praktische Möglichkeiten für die Pflege

Leben oder Sterben?

Die Reaktion eines Menschen auf einen Reiz bedeutet Leben. Wer reagiert, der lebt. Viele alte Menschen, die sich in der Rückzugsphase befinden, hören langsam auf zu reagieren und beginnen demzufolge zu sterben. Genau genommen ist natürlich auch das Sterben eine Reaktion des Menschen, wodurch – nebenbei bemerkt – wieder deutlich wird: Sterben gehört zum Leben dazu, und erst der Tod bedeutet das unabwendbare Ende.

Die Frage bei einem Sterbenden oder sich zurückziehenden alten Menschen ist: Welcher Trieb ist stärker – sein Todes- oder sein Lebenstrieb? Um dies herauszufinden und die eventuell noch vorhandenen Lebenstriebe wieder zu wecken, ist es nötig, ein oder mehrere Reizthemen des Menschen zu kennen. Diese können in sehr unterschiedlichen Bereichen liegen (z. B. in der Religion oder in der Sexualität) und ganz verschiedene Triebe ansprechen (Neugier, Aggression, Nahrungstrieb u. a., vgl. BÖHM 1996, 69f). Es kann gelingen, einen Menschen allein durch die Frage „Was würden sie denn gern noch einmal erleben?“ derart zu „reanimieren“, dass er mit unterstützender Hilfe genügend Kräfte mobilisieren kann, um sich einige dieser Wünsche/Träume noch zu erfüllen. „Re-Animation der Gefühle“ nennt BÖHM (1988, 157) es daher auch, wenn er von einem Streitgespräch mit einer alten Frau berichtet, die am Ende doch lieber das bequeme Heim verließ und stattdessen zu ihrer verhassten Schwester zurückzog, einzig aus dem Grund, ihr nicht die gesamte Wohnung überlassen zu wollen. „Leben ist eben Zeigen von Zorn ...“ (ders., 152). Hier wird noch einmal deutlich: Es muss darauf geachtet werden, dass die Wurzeln der Reize oder der entstehenden Konfliktsituationen aus der Vergangenheit des Menschen kommen und auf seinen *alten und altbewährten Eigenschaften* (z. B. Missgunst) aufbauen.

Reaktivierende Reize und Triebe

Wie bereits im Kapitel 4.1 beschrieben, kommt es bei der Reaktivierung zu einer Art Wiederbelebung des Altgedächtnisses, indem auf gewohnte Handlungen, Abläufe und Denkstruktu-

ren des alten Menschen **zurück**gegriffen wird. Als Auslöser dienen Reize bzw. Triebe, durch die der in der Rückzugsphase lebende Betagte angestoßen werden soll, sich wieder auf ein selbstbestimmteres Leben einzulassen, als es seine aktuelle Pflegesituation augenscheinlich zulässt. Ziel bei BÖHM ist – das sei noch einmal betont – eine größtmögliche Wiederherstellung der individuellen Selbständigkeit des alten Menschen und seiner sozialen Kompetenzen. Im besten Fall führt die Reaktivierung zur Rückführung des Betagten in seine altvertrauten Lebensumstände und -verhältnisse, die er in seiner jeweiligen Situation noch allein oder mit geringer Hilfe bewältigen kann.

Als Reize oder Triebe können u. a. fungieren:

- der Nahrungstrieb – Reden übers Essen, alte Rezepte, Kochen u. a.
- der Sexualtrieb – auch die Phantasie hat „Reizanflutungs- und somit lebenstriebbejahende Anteile" (BÖHM 1996, 206)
- der Aggressionstrieb – Reizanflutungsfaktor *Streitgespräch*, „Patienten, die mit uns schimpfen, leben" (ders., 207)
- die Neugierde – ob die Wohnung noch in Ordnung ist; Bilder, die erinnern
- die Religion – Über-Ich-Prägungen als vigilanzsteigernde Maßnahme
- Daseins-Bejahung – „Den Mut zu neuen Unternehmungen, die ein Risiko beinhalten, gewinnt der Mensch nur dann, wenn er genügend Anerkennung erfährt und sich Fehler leisten kann. Er kann nur aus seinen Fehlern lernen, wenn er nicht bei einem Versagen der Strafe, der Geringschätzung oder des Liebesentzugs ausgesetzt wird" (ders., 210)
- Machttrieb
- Angst-Verminderung
- Befehle – als Sicherheit, da sie eine Richtung angeben
- emotionale Grundbedürfnisse – Kontakte, Zärtlichkeit, Anerkennung

Prägungen als pflegerelevantes Moment

Eine reaktivierende Pflegekraft holt den alten Menschen dort ab, wo er gerade steht. Sie muss demnach fähig sein, die aktuelle Situation der Betagten zu überblicken und kann „nicht losgelöst von ihren speziellen

- Prägungen
- Problemlösungsmechanismen
- eingefahrenen Verhaltensstrukturen
- Vorschäden (Neurosen, Alkohol etc.)
- Überlebenstrainings (Anpassungs-Strategien)

- Ich-Identitätsstörungen
- Familienstrukturen
- Berufssituation etc.

betrachtet werden ...“ (BÖHM 1996, 19). Dabei haben die Prägungen für BÖHM eine ganz besondere Relevanz. Da sie nur biographisch ermittelbar sind, sollen sie hier intensiver betrachtet werden:

Im Alter bekommt wieder das Bedeutung, wovon der Mensch zwischen seinem 20. und 30. Lebensjahr geprägt wurde. Es hat oft den Anschein, dass er mit seinem Fühlen und Denken teilweise ganz in diese Jahre zurückfällt. Es wäre aber falsch, diesen Vorgang „regredierenden Prozess der Psyche“ (PRELL, o. S.) zu nennen, da zum einen das Reminiszieren im Alter eine große Rolle spielt und zum anderen die Sichtweise einer bis aufs Kinderniveau stattfindenden „Zurückbildung durch geistigen Abbau“ (ders.) sehr defizitär erscheint. Prägungen werden in der Psychologie als irreversible Lernvorgänge bezeichnet, die sich in einer lernsensiblen Phase oder in bestimmten Lebensabschnitten vollziehen. In dieser Zeit werden Denk-, Verhaltens- und Wertungsgewohnheiten aus der unmittelbaren Umgebung übernommen. Besonders die frühkindliche Prägung ist in der Tiefenpsychologie (z. B. von Freud) umfangreich hinsichtlich ihrer Irreversibilität und Dauerhaftigkeit untersucht worden (vgl. ARNOLD u. a.). Im Alter sind es die Prägungen aus den ersten 20 bis 30 Lebensjahren, die für den Menschen wieder eine besondere Bedeutung erhalten, da sie aufgrund der Irreversibilität nicht verloren gegangen sind und der Betagte – unterstützt durch die Aktivierung des Altgedächtnisses und durch das Reminiszieren – mehr als bisher in diese Prägungen zurückfällt.

Es ist daher unerlässlich, als Pflegekraft von alten Menschen etwas über die Zeit zu wissen, in der die Senioren 20 Jahre alt waren. Wie verhielten sich (junge) Menschen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts? In welchen Milieus lebten sie; was war typisch für die jeweiligen Bevölkerungsschichten? Welche Rollen kamen der Frau zu und welche dem Mann? Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Büchern, die diese Fragen thematisieren. Nicht selten sind sie aus biographischen Gesprächsgruppen entstanden oder aus dem Wunsch heraus, dass alte Riten und Bräuche nicht verloren gehen. Neben dem Selbststudium haben Pflegekräfte die Möglichkeit, „Zeitzeugen“ zu befragen und somit von den Betagten selbst zu lernen. Auch hier ist das Gespräch wieder von besonderer Bedeutung, zumal neben Milieuprägungen auch ganz individuelle Erlebnisse den Menschen und seine Ich-Identität bewegt und verändert haben. Weitere Ebenen, auf denen die Prägung eines Menschen erfolgt, sind (vgl. BÖHM 1996, 41ff):

- seine *Sozialisation*, d. h. die lebenslange Anpassung an eine bestimmte Kultur und Gesellschaft,
- geltende *Autoritäten* (alte Menschen sind oft autoritätsfürchtig),
- sein *Geschlecht* (Geschlechterrollen), was sich z. B. derart auswirkt, dass alte Männer es von zu Hause gewohnt sind, umsorgt zu werden, während alte Frauen gern Entscheidungen und Verantwortung abgeben, wie sie es früher taten,
- die *Heimat* (Heimatsinn, Heimweh, Heimatliebe),
- die *Kommunikation* bzw. das Kommunikationsbedürfnis, je nachdem, ob der alte Mensch es gewohnt ist, allein zu sein oder oft unter Menschen zu gehen,
- sein *Sprachmilieu* (Dialekt) und seine Schrift (Sütterlin),
- die *Schule* (seine Lernbiographie),
- seine *politische Prägung*

Welche Konsequenzen hat das Wissen um diese Prägungen? Einige Beispiele:

1. Pflegekräfte erkennen, warum der alte Mensch in bestimmten Situationen auffällig bzw. „gestört“ reagiert: Weil ein Klavier für den betagten Mann ein Symbol der oberen Gesellschaftsschicht darstellt, zerstört er es im Musikzimmer. Für ihn gehört es – wie bei allen Revolutionen – zerstört und aus dem Fenster geworfen. Möglichkeit: „Alltägliche Umgangssprache der Pfleger, auch mit ordinären Wörtern bestückt, geben dem Klienten das Feedback, daß das unser ‚Proleten’-Klavier oder -Eigentum ist“ (ders., 54).

2. Wenn ein alter Mensch verwahrlost lebt, sich viele Tiere in der sehr kleinen Wohnung hält, wenig Nahrung (nur Kartoffeln) zu sich nimmt oder diese in seiner Wohnung sammelt, sich nicht waschen oder umziehen will, kann dies auf eine Vielzahl von individuell biographischen Prägungen zurückgeführt werden (z. B. Kriegs- und Hungererfahrungen).

3. Ein männlicher Pfleger darf sich von einer alten Frau nicht in die „Ehemann-Funktion“ treiben lassen, da sie sonst alle Verantwortung auf ihn abwälzt, anstatt ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

4. Viele Männer wiederum brauchen Aufgaben, die ihr Selbstwertgefühl stärken. Das positive Gefühl des Umsorgt-Werdens (als Ausgleich für den Brotverdiener) kann schnell in Passivität übergehen und in den Eindruck, eigentlich nur unnütz (daheim) herumzusitzen.

5. Oft werden alte Menschen aus Angst der Pflegekräfte, dass sie vereinsamen, geradezu gezwungen, am Stationsleben teilzunehmen. Wenn sie jedoch schon immer zurückgezogen lebten und wenig Kontakte pflegten, ist dies gar nicht ihr Bedürfnis. Sie wollen vielleicht viel lieber allein sein, was weder mit Isolation noch Kommunikationslosigkeit gleichgesetzt werden darf.

6. Es gibt dem Betagten Sicherheit durch Vertrautes, wenn er von einem Menschen gepflegt wird, der seine Milieusprache oder seinen Dialekt beherrscht. Gleiches gilt für das Schriftbild: Es kann nur förderlich sein, die Beschriftung an Türen und Gegenständen in Althochdeutsch zu schreiben – vielleicht sogar mit Hilfe der Betagten (der alte Mensch als Lehrer), da Sütterlin vertraut ist, also auch gelesen wird und Emotionen weckt, die animierend wirken (z. B. Merkschild „Bitte viel trinken!“)

7. Viele der alten Menschen sind in ihrem Leben nie weit rausgekommen, so dass die Wahrscheinlichkeit der Desorientierung in großen Gebäuden und Anlagen groß ist. Eine Schilderflut mit Texten und Bezeichnungen vergrößert die Unsicherheit nur, ebenso die anonyme Nummerngebung der Zimmer. Besser sind optisch bekannte Türschilder und altbekannte Bezeichnungen, z. B. das Klohäuschen an der WC-Tür, der eigene Name in Sütterlin an der Zimmertür, evtl. mit einem Passbild daneben, was auch den Mitbewohnern das Erkennen leichter macht (optisches Gedächtnis vor Namensgedächtnis, Hilfe bei Analphabetismus).

Das Gespräch

Die Erhebung der individuellen Biographie kann durch einfache Gespräche geschehen.
Die Einstiegsfragen in solche biographischen Gespräche sollten dabei möglichst *offenen* Charakter haben, d. h. weder Fragen sein, auf die der Betagte nur mit Ja oder Nein antworten kann noch Fragen, die zwar mehrere Antworten, dafür aber wenig Freiheit und Phantasie in der Beantwortung zulassen und damit keine Herausforderung darstellen, z. B. „Als sie damals drei Jahre im Ausland waren, was war da?“
Offene Einstiegsfragen dienen nicht in erster Linie der Informationssammlung, sondern der *Gesprächsinitiierung*. Auf die Frage „Können sie mir etwas aus der Nachkriegszeit erzählen? Ich kann mir das Leben als Trümmerfrau so gar nicht vorstellen!“ kann die betagte Gesprächspartnerin ins Erzählen kommen, zumal deutlich wird, dass sich jemand für ihre Erfahrungen und Sicht der Dinge interessiert. Persönliches Interesse des Jüngeren an der eigenen Lebensgeschichte wirkt hochgradig motivierend und erhöht zugleich das Selbstbewusstsein.

„Gespräche, diagnostisch oder therapeutisch, aus der Biographie können:
- Emotionen wecken.
- Bilder der Vergangenheit bringen oft Schlüsselprobleme an den Tag. (Warum haßt der Sohn seine Mutter und will sie ins Heim abschieben?)
- Das Gespräch stillt das Bedürfnis der Alten, den Jungen immer etwas mitteilen zu wollen.
- Ein Gespräch aus der Biographie ist Rückeroberung der Vergangenheit.
- Es zeigt, daß der Klient noch jemand ist, daß man sich für ihn interessiert.
- Es ist Deutungsarbeit, man kann es als Hirnjogging verstehen.
- Sprechen über Früher erleichtert das Heute.
- Es ist Hebung des Selbstbewußtseins.
- Es zeigt, daß der Klient nicht zum Ableben, sondern zum Aufleben da ist.
- Es gibt Lebenskämpfern neue Reize“ (BÖHM 1996, 205).

Grundsätzlich muss bei biographischen Gesprächen darauf geachtet werden, dass die Sprache, das Milieu und andere gesprächsrelevante Prägungen des Klienten berücksichtigt werden. Es darf zu keiner Überforderung kommen, zumal biographische Gespräche für den alten Menschen Erinnerungs*arbeit* bedeuten. Ein weiterer wichtiger Grundsatz ist: Der betagte Gesprächspartner muss Sicherheit und Geborgenheit (auch Verschwiegenheit!) spüren und darf mit seinen aufgewühlten Emotionen nicht allein gelassen werden. „Manches berührt auch den Desorientierten so stark, daß er nach so einem Gespräch nicht schlafen kann, daß er emotional aufgerührt, angesprochen ist und daß dabei der Lebenstrieb geweckt wird“ (ders., 34). Oft bietet sich gerade dann, wenn durch Erinnerungen Bedürfnisse geweckt wurden, die Gelegenheit, über Gegenwart und Zukunft nachzudenken. Dies schließt auch die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod ein.

Eine derart bewusste Gestaltung eines *diagnostischen* Gesprächs kann entscheidend zu jener Menschlichkeit beitragen, die durch die technische Medizin in aller Regel stark vernachlässigt wird. „Mit der Pflegediagnose wird das Ich des Klienten nicht schon bei der Aufnahme zerstört, sondern aufgerichtet, das Sich-fallen-lassen wird verhindert. (...) Die Pflegediagnose wird als Mittel gegen die Isolierung eingesetzt und bereitet schon bei der Aufnahme die Entlassung vor“ (ders., 35). Im achtungsvollen Miteinder-reden und Erzählen-lassen wird der notwendige Raum geöffnet, in dem der alte Mensch auch von Ängsten, Belastungen und Bedürfnissen reden kann. Mit dem Anspruch der Bedürfnisbefriedigung ist Pflege ganz entscheidend auf diesen Raum angewiesen.

Es sei noch einmal daran erinnert, dass belastendes Material von den Betroffenen oft verdrängt bzw. nicht bewusst wahrgenommen wird und unerwähnt bleibt. Dies ist ihr gutes Recht! Der Mensch ist abhängig von einer Biographie, mit der er sich identifizieren kann. Vieles verschwindet ins Unbewusste – muss verschwinden – damit das Leben weitergehen

kann. Das können Verletzungen sein, Demütigungen, traumatische Erlebnisse u. a. Der alte Mensch lebt vielleicht schon seit Jahrzehnten mit diesen „Schäden“. Im Alter können die durch sie entstandenen psychischen Wunden nur selten noch heilen, da sie viel zu tief sitzen und der Mensch mit ihnen bzw. den Kompensationsmechanismen zu leben gelernt hat. Darum kann es in diesen Gesprächen und in der Pflege auch nicht gehen. Hier dienen Gespräche sowohl der direkten Bedürfnisbefriedigung (Redebedürfnis, Selbstbestätigung, Wunsch nach Nähe) als auch der indirekten, indem der alte Mensch deutlich machen kann, wo er Hilfe braucht.

Allgemeine Maßnahmen für eine reaktivierende Atmosphäre in der Altenpflege

Altenpflege, die psychobiographisch arbeitet, muss dem alten Menschen als jemand Unbekanntem begegnen. Sie behauptet nicht, schon im Voraus zu wissen, was der Betagte benötigt, sondern geht davon aus, dass es sich um eine eigenständige Persönlichkeit mit individuellen Kompetenzen und Bedürfnissen handelt. Ansonsten läuft sie Gefahr, am Menschen vorbei zu pflegen und in einer Warm-Satt-Sauber-Pflege stecken zu bleiben. Anstelle des *Allwissens* ist bei reaktivierenden Pflegekräften eine hohe Sensibilität gefragt und das Bemühen, den alten Menschen kennen zu lernen und herauszufinden, wo er Hilfe benötigt. Die Ausgangshaltung muss eine fragende sein. Dabei muss der alte Mensch ganz persönlich in diesen Prozess integriert werden, d. h. es darf nicht (nur) *über* ihn geredet werden, sondern vor allem *mit* ihm. Dies kann z. B. so aussehen: „Unsere Klienten zeigten uns, daß die gute Hausfrau früher die Matratzen zum Lüften aufstellte. Tut man dies jetzt auf der Station, können sich die Klienten nicht ins Bett legen und sind dann am Abend natürlich müde“ (BÖHM 1996, 211). Dieses Beispiel macht deutlich, wie durch Anwendung des Normalitätsprinzips in Form von alten Gewohnheiten der Betagten auf medikamentöse Eingriffe (hier: Schlaf- und Beruhigungsmittel) verzichtet werden kann. Individuelle Schlafbedürfnisse pflegebedürftiger Menschen sollten als ein Grundrecht anerkannt werden und dazu herausfordern, Wege und Mittel zu finden, ihnen ihre Eigenarten zu lassen (Bsp. vom Bäcker).

Als weitere Maßnahme sollte auf eine schnellstmögliche Abschaffung des „*Krankheitsgewinnes*“ Wert gelegt werden. Eine Krankheit oder Behinderung hat genau dann einen Gewinn, wenn durch sie die Befriedigung von Bedürfnissen möglich wird. Jeder ist irgendwann mal krank und gönnt sich Ruhe, wird umsorgt und lässt sich vielleicht verwöhnen. Wenn es Menschen jedoch in krankem Zustand besser geht als in gesundem und sie wenig Anreiz für eine Genesung verspüren (z. B. durch Arbeit, Familie, Aktivitäten), können sie zu „genießenden Dauerpatienten“ werden. Auch Menschen mit einer Behinderung benötigen durchaus Motiva-

tion, um Kraft und Mühe zu investieren und wieder zu Selbständigkeit zu gelangen. Die Alternative ist lähmende Passivität. Besonders alte Menschen sind in der Gefahr, durch Krankheit oder Behinderung hospitalisiert zu werden, indem sich ihre Symptome manifestieren und sie sich mit ihrem Zustand abfinden und zufrieden geben. Im ungünstigsten Fall kann ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim für diese Menschen zum Urlaubsort und die Pflegekräfte zu Hotelpersonal werden. Dann gibt es keinen Grund, gesund oder wieder mobil zu werden. In dieser Situation ist eine deutliche Rollenklarstellung nötig, die es dem alten Menschen unmöglich macht, sich seiner Pflegebedürftigkeit hinzugeben. Außerdem können hier auch die oben genannten Reize und Triebe als Motivationsmomente benutzt werden.

Eine reaktivierende Atmosphäre entsteht durch *lebensbejahende Situationen*. Sie zeigen dem alten Menschen Sinn und Wert des Lebens und ändern damit seine negative Einstellung und passive Haltung. Wie schon mehrmals angeklungen, hat das Kochen und Essen eine äußerst lebensbejahende Funktion. Auch das Aufschreiben von Kochrezepten oder das eigenständige Kochen geben dem Dasein einen Sinn, indem Aufgaben und Ziele deutlich werden. Doch auch der Spaßfaktor darf nicht vernachlässigt werden. Dies gilt z. B. für das Schreiben des Tagebuchs, das Verfassen von Gedichten oder Erzählungen, anderen etwas beibringen, was man selbst am besten kann, eigens organisierte Feiern und ein ausgeprägtes Brauchtum. Die entscheidende Frage bei diesen Tätigkeiten ist: Was bewegt die Person(en)? Oder: Was könnte sie dazu bewegen, sich zu bewegen?
Nicht nur junge Pflegekräfte kommen schnell in die Versuchung, den alten Menschen zeigen zu wollen, wie ihr Leben am besten funktionieren würde. Gemäß ihrer Biographie und deren Prägungen haben sie eigene Vorstellungen, wie Alter sich vollziehen muss. Hier prallen Welten aufeinander. Diese Auseinandersetzung wird der alte Mensch letztendlich immer „verlieren“ und nur durch Anpassung aus dem Konflikt herauskommen. Dies wiederum endet in Passivität und letztendlich in erzwungener Pflegebedürftigkeit. Dabei wäre es mit entsprechendem biographischen Hintergrund durchaus möglich, uralte persönliche Gewohnheiten zu berücksichtigen und coping-Stile (Lebensbewältigungsmechanismen) des Betagten aufzudecken, auf die er auch im Alter zurückgreifen kann, um so zu leben, wie er es möchte.

Es ist deutlich geworden, dass BÖHMs Psychobiographisches Pflegekonzept dem gerontologischen (Menschen-)Bild des individuellen Alter(n)s im besonderen Maße gerecht wird, da es durch die Biographiearbeit die Individualität und Ganzheitlichkeit (vgl. Kapitel 3.2) des Menschen in besonderer Weise anerkennt und in die Pflegesituation integriert.

5. Biographiearbeit in der Pflege von Menschen mit einer Demenz

5.1 Demenz – Kurzer Überblick

Der Begriff Demenz hat sich in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet. Er bezeichnet den „Verlust erworbener Fähigkeiten durch organische Hirnkrankheiten“ (WETTERLING, 52). Die Inzidenz für eine Demenz steigt mit dem 65. Lebensjahr deutlich an. Daher ist es aufgrund der demographischen Veränderungen nicht erstaunlich, dass in Deutschland über eine Million erkrankte Menschen leben. 50 bis 60% aller Dementen sind an der Grundform, der senilen Demenz vom *Alzheimer-Typ* erkrankt. Ihre Lebenserwartung beträgt nach der Diagnosestellung ca. 5 bis 8 Jahre. Zu den Symptomen der Alzheimer-Demenz gehören Gedächtnisstörungen, Amnesie, Konfabulation, Agnosie, Orientierungsstörungen, Apraxie, Störungen der Wahrnehmung und Denkstörungen (vgl. PSCHYREMBEL, 308). Bei 15 bis 20% aller Erkrankten liegt zusätzlich noch eine andere Demenz-Form in Kombination vor (*Mischform*). Außerdem leiden 10 bis 20% an einer *Multiinfarkt Demenz* und 10% an *weiteren Formen* (vgl. BUIJSSEN, 3). Die unterschiedlichen Formen und ihre Auswirkungen entstehen in Abhängigkeit von den verschiedenen Ursachen. Doch ist eine einheitliche Pathogenese sowie Feststellung der Ursachen – besonders bei den Mischformen – selten möglich. Als neuropathologischer Befund bei der Alzheimer-Demenz ist beispielsweise eine Hirnatrophie angezeigt, bei einer vaskulären Demenz ein Hirninfarkt.

Ein diagnostisches Problem liegt noch heute in der Abgrenzung zum „normalen Altern“ bzw. zu einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, die im Alter als physiologisch gilt.

A1. **Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses** von einem solchen Ausmaß, dass die Funktionsfähigkeit im täglichen Leben beeinträchtigt ist. Die Beeinträchtigung des Gedächtnisses betrifft vornehmlich das Neugedächtnis.

A2. **Abnahme der intellektuellen Möglichkeiten**
- Beeinträchtigung des Denkvermögens
- Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit

B. **Es besteht nicht gleichzeitig ein Delir**

C. **Verminderung der Affektkontrolle**
Vergröberung des Sozialverhaltens und Verminderung des Antriebs

D. Für eine sichere Diagnose sollten die obigen Symptome und Beeinträchtigungen mindestens sechs Monate bestanden haben

Abb. 8: Diagnostische Leitlinien für eine Demenz nach ICD-10 (Quelle: WETTERLING, 53)

5.2 Verlauf der Alzheimer-Demenz im Zusammenhang mit dem Gedächtnisabbau

Die Alzheimer-Demenz erfolgt in recht gleichmäßig nacheinander ablaufenden Stadien. In der *ersten Phase* tritt eine Veränderung beim Menschen ein, die es ihm schwer bis unmöglich macht, neue Informationen im Gedächtnis zu speichern. Er ist „nicht mehr in der Lage, eine Information vom Kurzzeit- ins Langzeitgedächtnis zu transportieren, zumindest nicht mehr so, daß er sich später wieder an sie erinnern kann. Er erinnert sich deswegen nur noch an das, was er innerhalb der letzten halben Minute erfahren hat“ (BUIJSSEN, 8). Dieses Defizit hat weitreichende Folgen, da planvolles Handeln und Organisieren dadurch stark beeinträchtigt werden. Außerdem bekommt der Patient Probleme, sich in unvertrauter Umgebung zurechtzufinden. Auch die sprachliche Ausdrucksweise gerät in Mitleidenschaft: Es treten erste Wortfindungsstörungen und ein stockender Wortfluss auf. Der Patient bemerkt diese Veränderungen (Defizite) an sich noch selbst, was für große Verwirrung sorgt. In dieser Zeit stellt er voll Entsetzen fest, dass sein Gedächtnis ihn mehr und mehr im Stich lässt, und er versucht so lange wie möglich, es sich selbst und anderen gegenüber zu verleugnen bzw. zu rechtfertigen („Im Alter lässt bei jedem das Gedächtnis nach – das ist normal“) oder zu verheimlichen. Diese Unsicherheit beeinflusst sein Selbstbewusstsein stark. Viele Patienten ziehen es irgendwann vor, lieber zu schweigen als etwas Falsches zu sagen oder ihr Nichtverstehen zuzugeben (vgl. ders., 37f). Dadurch wird die Gefahr groß, dass sie sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen und soziale Kontakte abbrechen – sei es aus Scham, Zorn (auf sich oder die unverständigen Mitmenschen) oder wegen einer beginnenden Depression (Antriebslosigkeit, Passivität).

Die Symptome der *zweiten Phase* beginnen ca. 3 Jahre nach der Diagnosestellung. Die Beeinträchtigung des Gedächtnisses ist mittlerweile so weit fortgeschritten, dass logisches Denken, Handeln und Planen unmöglich geworden sind. Alle Defizite der ersten Phase treten um ein Vielfaches stärker auf. Hinzu kommen Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, die unterstützende Hilfe z. B. beim Waschen, Ankleiden und bei den Mahlzeiten erforderlich machen. Der Patient kann sich nur noch in seiner nächsten Umgebung orientieren, wodurch sein Handlungsspielraum gravierend eingeschränkt wird. Auch die zeitliche Orientierung (Datum, Uhrzeit) ist nun völlig verloren gegangen.
Diese Art des Gedächtnisabbaus ist nicht mehr mittels fehlendem Kurzzeitgedächtnis und mangelnder Langzeitspeicherung zu erklären. Die Veränderung in dieser Phase setzt direkt am Langzeitgedächtnis an, d. h. „das Langzeitgedächtnis fängt an zu bröckeln“ (ders., 16). BUIJSSEN verwendet für das Langzeitgedächtnis das Bild einer Bibliothek, die der Mensch im

Laufe seines Lebens mit Tagebüchern füllt. In ihnen stehen bedeutsame Erlebnisse, gute und schlechte Erinnerungen und Prägungen. Diese Tagebücher sind ihrem Alter nach in unserem Gedächtnis sortiert. Mit fortschreitender Demenz beginnen sie zu verschwinden (s. Abb. 9). „Zuerst verschwinden die Tagebücher des Jahrgangs vor Ausbruch der Senilen Demenz, später die des Jahres davor, usw." (ebd.).

Abb. 9: Schematische Darstellung des Abbaus des Langzeitgedächtnisses bei der Alzheimerschen Krankheit (Quelle: BUIJSSEN, 15)

Demzufolge besitzt der Patient in der *letzten Krankheitsphase* nur noch die Erinnerungen aus seiner Kindheit bzw. die Prägungen, die er in dieser Zeit erworben hat. Die Gedächtnisstörungen haben zur Folge, dass sich seine Veränderungen nun auch auf seine unmittelbare Umgebung ausweiten: Der Patient erkennt seine eigenen Familienangehörigen nicht mehr, sein Wortschatz ist auf wenige Worte und Phrasen geschrumpft, die zeitliche Desorientierung führt zu einem gestörten Tag- und Nachtrhythmus und er bedarf in allen Alltagsaktivitäten Hilfe, d. h. es kommt zur Pflegebedürftigkeit.

Im *Endstadium* der Erkrankung treten stereotype motorische Abläufe, später Bewegungslosigkeit, Sprachlosigkeit, Reizarmut, Somnolenz und Inkontinenz auf. Der demente Mensch verliert nicht nur die Kontrolle über seinen Körper, sondern auch das Gefühl für ihn – er wird sich selbst fremd. „Das Letzte, was er verlernt, ist zu Lächeln. Wenn er das nicht mehr kann, ist der Tod nicht mehr weit" (BUIJSSEN, 43).

5.3 Die Relevanz der Biographie im Umgang mit schwer dementen Menschen

Ausgangssituation

Die allgemeine Annahme, dass der stark demente Mensch nur noch in der Vergangenheit lebt, ist so nicht korrekt. Vielmehr lebt er „mit seinen Erinnerungen von vor langer Zeit in der Gegenwart“ (BUIJSSEN, 41). Für den Dementen stellen vielmehr seine sehr alten Erinnerungen die Realität dar. Er lebt – ausgestattet nur mit den Erinnerungen und Prägungen seiner ersten Lebensjahre – im beginnenden 21. Jahrhundert. Trotzdem kann der Patient zeitweise zu einer inneren Einheit und Harmonie kommen. „Viele scheinen frei von Sorgen und sind lustig ... . Vielleicht fühlen sie sich als Touristen, die nicht an Gestern oder Morgen denken und fortwährend neue Eindrücke gewinnen. Jeder Tag ist ein neues Abenteuer, mit neuen Bildern und anderen Gesichtern. (...) Die Vergangenheit besteht nicht mehr, deshalb gibt es keine Ursachen“ (ebd.).
Verwirrungen sind jedoch vorprogrammiert. Sie entstehen hauptsächlich in der unmittelbaren und persönlichen Konfrontation mit der Umwelt: Denn der Patient kann sich in der Gegenwart mit nichts mehr identifizieren und muss sich ständig auf neue (alte) Situationen einlassen. Im Pflegeheim wird von dem alten Menschen erwartet, sich auf einmal mit einem wildfremden Menschen ein kleines Zimmer zu teilen, in dem nichts ist, was er von früher her kennt. Ein Mensch, der weder weiß, wo er ist, noch was er dort überhaupt soll, ist unmöglich in der Lage, sich richtig zu verhalten, zumal er die Situation aufgrund der demenziellen Veränderungen nie begreifen wird.

Ein besonders eindringliches Beispiel dafür stellt der Film „*Der Tag, der in der Handtasche verschwand*“ von Marion Kainz dar[8]. Mit der Kamera begleitet sie eine demente alte Frau durchs Pflegeheim und wird dabei mehr und mehr ihre Verbündete an einem Ort, der für die alte Frau ein unbekanntes Labyrinth darstellt. Ihr einziger Wunsch ist es nach Hause zu kommen. Die Pflegekraft behauptet, dass sie in einem der Zimmer auf dem langen Flur leben würde. Doch dieses Zimmer hat die Frau noch nie gesehen. Darum bekommt sie langsam den Verdacht, Opfer einer Verschwörung zu sein. Immer wieder erstaunen die Sprache und die innere Logik und Geschlossenheit ihrer Gedanken, die sie im Flüsterton der Kamera anvertraut[9]: *„Ich bin so unsicher in allem ... Ich suche wahrscheinlich den gestrigen Tag ... Ist es möglich, dass man mir was ins Essen getan hat? Weil ich mich nicht mehr erinnern kann ... das Gefühl, dass es sich zusammenreimen könnte, was ich im Schatten sehe ...“* Nach einem

[8] Der Film wurde 2002 mit dem Adolf-Grimme-Preis ausgezeichnet.
[9] Die nachfolgenden Zitate stammen aus meinen persönlichen Mitschriften zum Film

Blick in den Kleiderschrank, der in ihrer Abwesenheit mit frischer Wäsche gefüllt wurde, sagt sie ängstlich: *„Jetzt hängt schon wieder was drin. Vorhin hing nichts ... Die Jacke gehört mir nicht. Wenn jemand kommt, bin ich eine Diebin ...“* Im Laufe des Films wird sie immer stiller und sieht sich damit konfrontiert, dass ihr keiner weiterhilft oder ihre Fragen so beantwortet, dass sie etwas verstehen kann. *„Ich schaff es nicht – ich werd verrückt ... verloren – ich bin vollkommen verloren ... Kann ich nicht irgendwo hingehen und fragen, ob man mich kennt? Damit ich Anhaltspunkte habe! ... Es müsste was Durchschlagendes sein – wo man einhaken könnte ... Mein Gedächtnis geht weg. Ja. Wie kann ich's aufhalten?“*

Reminiszenz-Therapie, Gespräch und Validation

Gespräche über die Gegenwart sind mit schwer dementen Personen kaum möglich. Sie scheitern daran, dass der Demente eben Gewesenes schon vergessen hat oder sich ihm die Zusammenhänge – die Fragen nach dem „Warum“ – nicht mehr erschließen (vgl. BUIJSSEN, 61). Dafür bilden die Erinnerungen aus lang vergangenen Tagen die sicherste Grundlage, die eine demente Person noch besitzt. Es bietet sich an, aus dieser Zeit Gesprächsthemen zu wählen. Bei Gesprächen über seine Familie und sein Elternhaus, über die Schulzeit und den ersten Beruf besteht wenig Gefahr, dass der Patient überfordert wird. Vielmehr erhält er so die Möglichkeit, über das zu reden, was seine Identität ausmacht, was für ihn bedeutsam ist und sein Selbstwertgefühl anspricht. „Auch wenn über heutige Dinge geredet wird, verläuft ein Gespräch oft schneller, wenn an frühere Gewohnheiten, Interessen und Lieblingsbeschäftigungen *angeknüpft* wird“ (BUIJSSEN, 63). Die Fähigkeit des *Reminiszierens* im Alter wurde schon mehrfach erwähnt. In der Reminiszenz-Therapie wird dieses Sich-Erinnern-Können sehr bewusst genutzt. Besonders demenziell erkrankten alten Menschen kommt dies zugute, da ihr Gedächtnis nur noch das weit Zurückliegende gespeichert hat. „Über früher zu sprechen, bringt Licht in die Finsternis ihres Geistes“ (ders., 177) und Orientierung in ihre Vergangenheit.

Außerdem wird durch Reminiszenz-Therapie die *Validation* unterstützt. Validation leitet sich von *valor* (lat. Wert) ab und beinhaltet den respektvollen und wertschätzenden Umgang mit desorientierten Menschen. Aufgrund des Krankheitsbildes besteht die große Gefahr, solche Umgangsformen mit schwer dementen Betagten zu vernachlässigen. Nicht nur die unbedingte Zusprechung des Menschseins – auch das zwischenmenschliche Begegnen voller Achtung und Respekt im Pflegealltag ist Bedingung und Handlungsgrundlage einer menschenwürdigen Pflege. Validation wurde in den 60er Jahren von der Amerikanerin NAOMI FEIL allein aus ihren Erfahrungen heraus entwickelt und hat zum Ziel, verwirrten Menschen ihr Selbstwertgefühl wiederzugeben und zu erhalten bzw. sie vor weiterer Desorientierung zu bewahren.

Durch die Unterscheidung von vier Stadien der Desorientiertheit „variieren z. B. Art und Intensität von Berührung in verschiedenen Stadien; außerdem werden besondere Fragetechniken angewandt, die die desorientierten Menschen dazu veranlassen, Situationen zu beschreiben oder zu erzählen und die damit verbundenen Lebenserfahrungen zu bearbeiten und unbewältigte Konflikte zu lösen“ (SCHIFF, 22). Diese validativen Gesprächstechniken lassen sich in alltägliche Pflegesituationen integrieren.

Beide – Validation und Reminiszenz-Therapie – wirken sich positiv auf den wertschätzenden Umgang mit verwirrten alten Menschen aus. „Helfer spricht dieses Auffrischen von Erinnerungen sehr an, weil es eine der wenigen Beschäftigungen ist, die in ihren Augen nicht kindisch ist. Dadurch, daß das Wissen über den Dementen auf diese Weise zunimmt, bekommen Helfer größeren Respekt vor ihm“ (BUIJSSEN, 177).

Rollenveränderungen - Beziehungsverwirrungen

„Wieder einmal hatten beide, Mutter und Tochter, ‚die Nerven verloren’ und sich lautstark ‚bekämpft’. Die Tochter war in Eile, und die Mutter wollte nicht aus dem Bett – das Übliche. Sie sahen sich zornig an, und dann sagte die Mutter plötzlich: ‚Wie kann man sein Kind nur so schlecht behandeln’” (KLESSMANN, 50). Der Vorwurf galt ihrer eigenen Tochter, die sie in dieser Situation zur Mutter machte. Sie selbst erlebte sich in der Rolle des Kindes. Die Situation lässt diesen Eindruck durchaus zu. Die Tochter ging darauf ein, fand sich mit dem neuen Rollenverständnis ab und begann, Situationen so zu gestalten, wie sie es früher mit ihren eigenen Kindern getan hatte: „Auch damals, als die Kinder klein waren, gab es beispielsweise regelmäßige Badewannen-Feste (…) Zu ihrer Verwunderung erlebte die Tochter tatsächlich, dass sich etwas von dem damaligen ‚Glanz’ einstellte. Es war schön und befriedigend, wenn die ‚Kind-Mutter’ sich mit Behagen den Rücken rubbeln ließ, wenn sie es dankbar genoss, wie die Tochter sie im großen Badelaken abtrocknete, und vor allem ‚das Frühstück danach’” (dies., 50f). Es wurde deutlich, dass sich beide – Mutter und Tochter – während dieses Rollentausches sehr wohl fühlten, zumal die Tochter sich daran erinnerte, dass auch sie als Kind dieses Baden sehr genossen hatte.

Auch wenn dieses Beispiel der *gegenseitigen* Bedürfnisbefriedigung durch einen Rollentausch sehr selten vorkommt, so macht es doch eines deutlich: Im Umgang mit dementen alten Menschen ist es nicht immer nötig und sinnvoll, auf die Einhaltung der „richtigen“ Rollen zu bestehen. Im Gegenteil: Zum einen ist dies ab einem bestimmten Grad der Demenz gar nicht mehr möglich, weil der Patient niemanden mehr erkennt. Und zum anderen kann das Zulassen eines Rollentauschs auch Entspannung bedeuten und den täglichen Umgang miteinander ver-

einfachen. Es kostet zwar Überwindung, sich von der dementen Person „Anni“ nennen zu lassen, weil diese denkt, dass die Altenpflegerin das ehemalige Hausmädchen ist. Doch es kann auch Kommunikationskanäle öffnen, die vorher nicht vorhanden waren oder eine Beziehung definieren, die besonders für den Dementen vorher sehr undurchsichtig und fragwürdig war. Die Frage, wer die Person ist, die einen morgens weckt, beim Ankleiden hilft und das Essen zubereitet, kann auf der realen Ebene nicht mehr begriffen werden. Es bestehen daher zwei Alternativen: Entweder der demente Mensch bleibt im Dunst des Unbekannten und reagiert tagtäglich aufs Neue verwirrt und unverständig, oder der Konflikt erfährt durch eine altbekannte Rollenzuschreibung eine annähernde Auflösung, d. h. die Pflegekraft lässt sich darauf ein, für den Menschen mit Demenz jemand anderes zu sein als sie in Wirklichkeit ist. Ein Mensch mit einer starken Demenz kann mit den Bezeichnungen „Altenpflegerin“, „Zivildienstleistender“ oder „Stationsschwester“ nichts anfangen. Jemand, der morgens den Tisch deckt, aufräumt, saubermacht oder eine Glühbirne wechselt, ist in seinen Augen vielleicht eher ein „Dienstbote“ oder ein „Hilfs-“ oder „Zeitarbeiter“. Das vertraute Herkunftsmilieu kann hier wieder deutlich werden und dabei helfen, bekannte Rollen zu finden. Dieser Rollentausch ist natürlich nur dann sinnvoll und zu unterstützen, wenn die Pflegekraft in ihrer „neuen Rolle“ ihre pflegerische Arbeit verrichten kann. Als „Anni“ muss sie sich vielleicht manchmal einen kommandierenden Umgangston anhören; sie ist dafür aber in der Situation, ihr Handeln über die Rolle des Hausmädchens vor dem alten Menschen zu erklären und verständlich zu machen.

Sonstige Bedeutung

Biographiearbeit mit schwer dementen Personen muss bei Bekanntem aus ihrer Kindheit und Jugend ansetzen. Hierfür eignet sich besonders das *Singen von Liedern*, da die Generation der heute alten Menschen noch einen großen Schatz an Volksliedern gelernt hat. In ihnen kommen eine Vielzahl von Gefühlen zum Ausdruck (z. B. Liebe, Einsamkeit), die die alten Menschen beim Singen nachvollziehen und erleben können (vgl. KLESSMANN, 185). Eine andere Möglichkeit (für Frauen), die schon in vorigen Kapiteln angesprochen wurde, ist das *Kochen*:

> „Die Schwestern auf der Station haben berichtet, dass eine alte Dame sie ständig am Betreten der Küche hindert. Sie ist früher Köchin gewesen und ist nun überzeugt, dies sei ihre Küche. Wir fragten Frau W., was sie denn noch kochen könne. Ob sie eine Sauce hollandaise bereiten könne. ‚Selbstverständlich! Wie wir nur so fragen könnten?’ (…) Sie konnte weder Butter, noch Eier oder sonstige Zutaten richtig benennen. Und doch gingen ihr alle Arbeitsgänge wie spielend von der Hand. Wir waren jedoch sehr verwundert, als sie es ablehnte, das fertige Gericht mit uns zu essen. Ob sie schon wieder verstimmt war? Sie gab dann selber die Erklärung: Sie sei Köchin und da sei es nicht üblich, dass man mit den Gästen speise” (WOLLSCHLÄGEL, in KLESSMANN, 185)

Ebenfalls wurde schon auf die Notwendigkeit und Bedeutung von Besuchen *öffentlicher Orte und Veranstaltungen* hingewiesen. In Museen, Ausstellungen und im Theater können Erinnerungen geweckt werden (Vigilanzsteigerung). Außerdem wird die Orientierung in der Umgebung und das Verhalten im Straßenverkehr trainiert. Die inszenierte Reizanflutung einerseits und die Erfahrungen aus dem Altgedächtnis andererseits beleben die Psyche des dementen Menschen und geben ihm Erlebnisse der Vertrautheit trotz großer Unsicherheit.

Neben der Musiktherapie kommen auch der *Kunst- oder Ergotherapie* im Umgang mit dementen Menschen eine wesentliche Bedeutung zu. Sie können dem verwirrten Menschen durch altbekannte Techniken (z. B. Handarbeit, Töpfern, Zeichnen) Halt und Selbstvertrauen geben, zumal viele der Betagten etliche Handwerke oder Kunsttechniken in ihrem Leben lernten und teilweise heute noch beherrschen. Es ist bekannt, dass gerade das Beschäftigen mit der Kunst Räume eröffnet, in denen die Gedanken frei und weit in die Vergangenheit zurückgehen können (vgl. KLESSMANN, 196).

Es sollte deutlich werden, dass es sich bei Biographiearbeit mit dementen Patienten nicht um ein Zurückholen in die Gegenwart handeln kann. Bei diesem Klientel dient Biographiearbeit ausschließlich der Anhebung der Lebenszufriedenheit im Sinne von Sinngebung und dem Gefühl von Wertschätzung. Außerdem trägt sie insofern zur Identitätsfindung bei, als sie Außenstehenden dabei helfen kann, den alten Menschen in seinen momentanen Gedanken abzuholen und ihn in jeder Situation als denjenigen zu akzeptieren, der er seinem momentanen Verständnis nach ist.

6. Möglichkeiten der Biographiearbeit mit alten Menschen mit geistiger Behinderung

6.1 Der Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung

Die Lebenserwartung der Menschen mit geistiger Behinderung gleicht sich in den westlichen Industrieländern der der Gesamtbevölkerung an. Immer mehr Menschen mit geistiger Behinderung werden alt, und es ist zu vermuten, dass ihre Lebenserwartung zukünftig weiter ansteigen wird. Ursache dieser Veränderungen sind die verbesserten „normalisierten" Lebensbedingungen, eine gute ärztliche Versorgung mit entsprechenden Medikamenten bei zusätzlichen Erkrankungen, geeignete Diäten und ein in jungen Jahren einsetzendes Förderungs-,

Schulungs- und Bildungsprogramm, das die Lebensperspektiven des Menschen mit Behinderung und die seiner Angehörigen in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat.

Von einem „älteren Menschen mit geistiger Behinderung" spricht man im allgemeinen, wenn er oder sie außerhalb der Wohnstätte keiner geregelten Beschäftigung nachgeht und die gesetzliche Altersgrenze erreicht hat. Alte Menschen mit geistiger Behinderung erleben sowohl ihr Erwachsensein als auch ihr Alter in keiner besonderen Qualität. Die Situation, dass sie „erzogen" werden, bleibt in gewisser Weise oft bestehen, wodurch ihre Kindheit und Jugend künstlich verlängert werden. Dadurch stufen sie ihr eigenes Lebensalter (und das der anderen) oft nicht richtig ein. Dass sie im Verhältnis zu anderen „jünger" oder „älter" sind, findet im Alltag kaum Verwendung und hat dementsprechend wenig Auswirkungen auf das tägliche Leben und den Umgang untereinander. Dem alten Menschen mit geistiger Behinderung bleibt nichts anderes übrig, als sich in seinem subjektiven Erleben an anderen behinderten Mitbewohnern oder Betreuern, die ihm sympathisch sind, zu orientieren, auch wenn diese unter Umständen etliche Jahre jünger oder älter sind. Trotzdem erleben nicht wenige von ihnen den Verlust und die Einschränkung sozialer Rollen als schmerzlich und leiden unter dem Wegfall von Gewohnheiten und Traditionen (z. B. beim Austritt aus der Werkstatt für Behinderte).

„Es gibt keinen Grund zu der Annahme, Alter sei bei behinderten Menschen von vornherein **nur** gleichzusetzen mit Verlust, Einschränkung und Abbau körperlicher und geistiger Potentiale. (...) Auch ihre Probleme und Bedarfslagen sind prinzipiell nicht verschieden von den Problemen der sogenannten Normalen, wohl aber unterschiedlich in den Ausprägungen und in der Verfügbarkeit von personalen und sozialen Ressourcen zu ihrer Bewältigung" (WIELAND 1996, 265, Hervorh. von mir). Denn die heutigen alten Menschen mit geistiger Behinderung haben zumindest in ihren ersten Lebensjahrzehnten gar keine oder keine umfassende Förderung erhalten. Die meisten von ihnen haben schon immer in (Heim-)Gruppen gelebt und sich an ein hohes Maß an Fremdkontrolle und lebenslange Anpassung gewöhnen müssen. „Sie haben in der Regel keine der zentralen Familienrollen (Ehepartner, Eltern, Großeltern), kaum andere Erwachsenenrollen (Vereinsmitglied, Autofahrer, Wähler) und im allgemeinen nicht die Möglichkeit, die Freizeit- und Konsumentenrolle auszufüllen" (ders., 264). Daher bedeutet der Eintritt in den Ruhestand für sie um so mehr „eine äußerst einschneidende Zäsur, die eine vorher erreichte berufliche Integration, wenn man von einer solchen sprechen kann, schwerlich überdauern wird" (ebd.).

Es muss demnach davon ausgegangen werden, dass die Kompetenzen und Fähigkeiten alter Menschen mit geistiger Behinderung, mit den Lebensanforderungen im Alter umzugehen, wesentlich anders geprägt sind als bei Nichtbehinderten. Wenn also die grundlegende Frage der Biographiearbeit – die Frage nach dem **Sinn** – gerade für einen alten Menschen mit geis-

tiger Behinderung oft nicht befriedigend beantwortet werden kann, so muss es doch zu einer entscheidenden **Werterfahrung** kommen. Nur dadurch bekommt ein Mensch die Kraft, das erfahrene Leben trotz all seiner Anfechtungen anzunehmen. EYMANN (18) formuliert dies so: „Biografiearbeit ermöglicht es, ihnen zu zeigen, dass sie stolz darauf sein können, ihr Leben unter diesen erschwerenden Bedingungen zu meistern, wie sie es tun”.

6.2 Die Problematik der Biographie alter Menschen mit geistiger Behinderung

„Sie haben alle eine Akte, aber keine Geschichte” (FRITSCHE/STÖRMER, 17). Die Vergangenheit alter Menschen mit geistiger Behinderung ist aktenkundig, kann rekonstruiert werden und ist nicht nur ihm selbst bekannt. Auch Betreuer kennen sie, sodass verschiedene Geschichten mit unterschiedlichem Wahrheitsanspruch entstehen können. Selbst wenn eine Akte vielleicht die Unverwechselbarkeit des Menschen dokumentiert, so erwächst aus ihr für ihn selbst nie „jene persönliche Spur, die sich im Ergebnis als unverwechselbares Selbst im Leben des einzelnen Mannes, der einzelnen Frau auf Dauer und für alle erkennbar” (FISCHER, 1992, 5) niederschlägt. Denn es stehen keine persönlichen Eindrücke und Erfahrungen darin und keine prägenden Erlebnisse oder Empfindungen.

In Sonderkindergärten und -schulen werden heutzutage oft mehrere Fotoalben für die Kinder gestaltet, damit sie sich später daran erinnern oder anderen zeigen können, was sie erlebt haben. THEUNISSEN (115) sieht darin für die jüngere Generation der Menschen mit geistiger Behinderung eine neue Chance: „Es hat den Anschein, dass ihr Lebensweg nicht mehr in die lebensgeschichtliche Sackgasse der Institutionsbiographie münden muss, sondern durch eine Annäherung an die Ambivalenz der Individualisierung Formen finden kann, die zu einer einzigartigen, unverwechselbaren *Individualbiographie* führen”. Von den Menschen mit geistiger Behinderung, die *heute* alt sind, existieren solch gesammelte Erinnerungsbelege leider nicht oder nur selten und dann meist sehr unvollständig, zumal sie zum Teil jahrelang versteckt oder im Abseits der Gesellschaft lebten:

> „Lebenslang Behinderte, insbesondere geistig Behinderte, die heute alt sind, haben ... all zu oft eine fragile Biographie und einen gefährdeten Lebenslauf, der nicht selten von extremer Abhängigkeit, sozialer Benachteiligung, Vernachlässigung, Diskriminierung, ja Verfolgung geprägt ist. Ihre sozialen Ressourcen ... sind in den meisten Fällen schwach ausgebildet. Aber auch ihre personalen Ressourcen, also der persönliche Verarbeitungsstil und die individuell zur Verfügung stehenden Handlungskapazitäten zur Bewältigung von Lebenssituationen, sind zumeist eingeschränkt” (WIELAND, 1995, 148).

Daher stellt sich die Frage: Welche Folgen können diese „besonderen” Lebensbedingungen für den älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung haben?

Verhaltensmuster als Konsequenz alter Erfahrungen

Alte Menschen mit geistiger Behinderung haben viele Lebenserfahrungen gemacht. Einige unterscheiden sind sehr von denen eines nichtbehinderten Menschen. Hier nur drei Beispiele:

1. Die soziale Situation von alten Menschen mit geistiger Behinderung war (und ist) meist geprägt von Verarmung und Ausgrenzung. Ihre Rechte wurden (und werden) oft nicht für sie und mit ihnen durchgesetzt. **Die Folge:** Viele alte Menschen mit geistiger Behinderung fühlen sich gegenüber nichtbehinderten Menschen völlig recht- und anspruchslos, sie stellen keine Forderungen und äußern selten Wünsche.

2. Von ihren Familien wurden sie meist entweder überbehütet oder abgelehnt. In den Heimen haben stets die Betreuer für sie die Entscheidungen gefällt und dafür nicht selten noch Anpassung und Dankbarkeit erwartet. **Die Folge:** Der Einfluss von Überbehütung oder Ablehnung aus Familie und Institution wirkt sich stark auf ihr Selbstbewusstsein aus, da ihre Identität mehr als bei nichtbehinderten Menschen von der Fremdwahrnehmung durch andere abhängig ist. Das Bemühen, alten Menschen mit geistiger Behinderung ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, kann daher auch zu großer Überforderung führen, die eventuell Frustrationen nach sich zieht.

3. Oft trifft auf alte Menschen mit geistiger Behinderung das Bild des „Negativen Alters” zu: Verlustprobleme, Vereinsamung, Isolation und negative Erfahrungen angesichts fehlender Kompensationsmöglichkeiten. **Die Folge:** Es besteht ein erhöhtes Risiko zu psychischen Erkrankungen: „Es kann die Qualität der Institution durchaus gut, und der Wechsel [des Zimmers oder der Institution] durchaus notwendig gewesen sein. Das Problem besteht darin, daß der behinderte Mensch kaum selbst gewählt hat und aus Gründen des Platzmangels zu wenig Rücksicht auf regionale Nähe genommen werden konnte. (...) Wir können nicht erwarten, daß es ihnen möglich ist, sich einfach geistig, wie wir das nennen, von einer Umwelt auf eine andere einzustellen oder umzustellen. Es sollte uns nicht wundern, wenn ältere Menschen in Psychosen, in Depression, in Verstummen entgleiten, nachdem sie ihre Welt verloren haben” (BRUCKMÜLLER, 75f).

6.3 Methodische Anregungen

Biographiearbeit mit alten Menschen mit geistiger Behinderung ist immer “***verstehende** Biographiearbeit*” (THEUNISSEN):

> „Mit ‚*Verstehen’* soll ein hermeneutischer Prozess gekennzeichnet werden, der reziproke (innere) Zusammenhänge zwischen Individuum und Lebenswelt (z. B. Anstaltsmilieu), Figur und Hintergrund, Handlungen und Lebensereignissen entwicklungschronologisch zu erschließen versucht, um zu *hypothetischen Aussagen* über einen subjektiv bedeutsamen Sinn von Verhaltens- und Erlebensweisen, Einstellungen, Weltdeutungen oder Situationsdefinitionen eines als lern- oder geistig behindert definierten Menschen zu gelangen. (…) Dabei spielt die Einsicht eine Rolle, dass es letztlich keine Verhaltens-, Erlebens- oder Sichtweisen gibt, die nicht aus der Entwicklung als Ganzes zu begreifen wären” (THEUNISSEN, 115f).

Erzählen

Das (freie) Erzählen ist auch für die meisten alten Menschen mit geistiger Behinderung eine der wichtigsten Möglichkeiten, sich ihrer selbst zu versichern und ein Gefühl von Individualität und Identität zu erhalten. Für ERN ist der Mitarbeiter in einer Institution für alte Menschen mit geistiger Behinderung ein „Instrumentarium, [um] bewußte Monologe und Dialoge zu provozieren, Gesprächsanlässe zu initiieren und damit die lähmende Passivität in der Tagesgestaltung aufzubrechen” (ERN, 221).
Als angemessene Methode muss hier das *narrative Interview* genannt werden, in denen der Interviewer durch einige offene Fragen bei dem Befragten Betroffenheit auslöst sowie das Bedürfnis, von sich aus etwas dazu erzählen zu wollen. Aufgrund von eventuell auftretenden Konzentrationsproblemen bei alten Menschen mit geistiger Behinderung sollten sie nicht zu umfangreich gestaltet sein und sich möglichst nur auf ein Thema beziehen. Auf einer Kassette aufgenommen, bietet sich bei mehreren Interview-Terminen eine gute Gelegenheit, sich das Gesagte noch einmal gemeinsam anzuhören und das Gespräch beim letzten Gedanken wieder aufzunehmen.

Themen und Fragen – auch für Gesprächskreise – können z. B. Folgendes beinhalten:

Kindheit und Familie

Hauptaspekt bei diesem Thema sind die **Eltern**: Wie war die familiäre Situation? In welcher Beziehung standen die Teilnehmer früher zu ihren Eltern? Wie erinnern sie sich an Vater und Mutter? Welche Umgangsformen gab es? Wie war die finanzielle Lage im Elternhaus? Wie ging später der Ablösungsprozess vonstatten? Wie erlebten sie den Verlust der Eltern und

ihren Tod? Ein zweiter großer Aspekt ist die **Schulzeit**: der erste Schultag, die Mitschüler und Lehrer, die Schule, das Schulzimmer, der Unterricht, Hausaufgaben, Feste, Ausscheiden ... Außerdem kann über die Bedeutung des eigenen Namens nachgedacht werden und über frühere Spitznamen, wenn vorhanden.

Kirchliche Sakramente und christlicher Glaube

In erster Linie soll über frühere Kirchenerlebnisse geredet werden. Sind die Teilnehmer getauft? Haben sie die hl. Kommunion erhalten? Wie wurde der Weiße Sonntag (kath.) oder ihre Konfirmation (ev.) begangen? Welche Einstellung hatte ihr Elternhaus zur Kirche? Wurde gebetet? Sind noch alte Gebete bekannt? Besuchen die Teilnehmer heute Gottesdienste?

Der Zweite Weltkrieg

Der Schwerpunkt liegt hier auf den eigenen Kriegserfahrungen der Teilnehmer: Wo lebten sie zur Zeit des Krieges? Wie erlebten sie ihn? Haben sie große Ängste erlitten? Haben sie wichtige/geliebte Menschen verloren? Haben sie aufgrund ihrer Behinderungen im Nationalsozialismus leiden müssen oder Benachteiligungen erfahren? Inwiefern hatte der Krieg Einfluss auf ihre Lebensgestaltungsmöglichkeiten?

Wohnsituationen

Es geht um die unterschiedlichen Wohnorte der Teilnehmer. Wie oft sind sie in ihrem Leben bereits umgezogen? Wie haben sie gewohnt? Was haben sie besessen? Mit wem hatten sie Kontakt? Wo war es am schönsten?

Arbeit und Beruf

Welche Erinnerungen haben die Teilnehmer an ihren ersten Arbeitstag? Was haben sie gelernt? Welcher Tätigkeit sind sie nachgegangen? Unter welchen Bedingungen arbeiteten sie? Wie hoch war ihr Gehalt? Wie ereignete sich ihr Ausscheiden aus der Arbeitswelt? Fühlen sie sich wohl als „Rentner“?

Hobbys – früher und heute

Welchen Freizeitbeschäftigungen wurde im Laufe des Lebens nachgegangen? Haben sich ihre Interessen bis heute hindurch erhalten? Von wem haben die Teilnehmer das Stricken und Häkeln gelernt? Können sie Schlittschuhlaufen, Fußballspielen, Rommé, Schach oder Skat spielen? Gingen sie früher mal angeln? Malen sie? Welches sind ihre Lieblingsbücher?

Krankheit und Tod

An welche Krankheiten können sich die Teilnehmer erinnern? Gab es auch schwere Erkrankungen, Hunger und Not? Lagen sie mal im Krankenhaus? Können sich die Teilnehmer noch an den ersten Todesfall in ihrem Leben erinnern? Wie sind sie damals damit umgegangen? Welche Riten und Bräuche gab es früher und heute in den Institutionen, wenn jemand gestorben ist?

Doch trotz der enormen Wichtigkeit der biographischen Erzählmethoden sind diese bei Menschen mit geistiger Behinderung nur bedingt anwendbar. Die eingeschränkte oder fehlende Möglichkeit vieler Menschen, sich verbal zu äußern, erfordert von den Betreuenden ein hohes Maß an Sensibilität und Geduld, da es sonst schnell zu einer Überforderung kommen kann. Menschen, deren verbale Kommunikation sehr verlangsamt ist oder aus Drei-Wort-Sätzen besteht, sind kaum in der Lage, sich persönlich und engagiert an einem (Gruppen-)Gespräch zu beteiligen.

Das sozial-historisch biographische Gespräch

Die Methode des sozial-historisch biographischen Gesprächs kann für Menschen mit geistiger Behinderung z. B. eine Rückschau auf ihr Leben in der Institution beinhalten. Dabei wären u. a. diese Fragen zu klären: Welche Entwicklungen, Veränderungen in der Institution hat der Einzelne in den letzten zehn, zwanzig oder mehr Jahren mitgetragen oder aktiv mitgestaltet? Wie hat der Einzelne Entbehrungen, Einschränkungen, strenge Reglements „überstanden”? Wie hat er Krisen und Verluste bewältigt? „Das gleichzeitige Erleben der Heimvergangenheit als ‚Widerfahrnis‘, aber auch als mitgestaltet, könnte eine persönliche und öffentliche Aufwertung bedeuten” (BUSCHMANN, 220).

In Anknüpfung an die bereits erwähnten Sprach- und Sprechschwierigkeiten sei darauf hingewiesen, dass die Fragen des Gesprächsleiters kurz, konkret und leicht verständlich formuliert sein müssen. So positiv auch die oben genannten offenen Fragen sind, so sind doch Menschen mit geistiger Behinderung bei ihrer Beantwortung häufig überfordert. Dies liegt zum einen am oftmals vorhandenen grundsätzlichen Problem des Erinnerns, zum anderen daran, dass es ihnen oft leichter fällt, Entscheidungsfragen zu beantworten. Diese Umstände erfordern vom Gesprächsleiter ein kluges Abwägen zwischen offenen und geschlossenen Fragen und machen die dringende Notwendigkeit einer inhaltlichen Steuerung und Strukturierung des Gesprächs deutlich. Zudem ist es von großem Vorteil, die „Ergebnisse“ der biographisch erarbeiteten Themen in bildlicher und leicht verständlicher Form darzustellen, z. B. in Form von Lebenslinien, Biographie-Landkarten oder Collagen (s. u.).

Biographiearbeit lässt sich nicht zu einer bestimmten Uhrzeit beginnen und einige Stunden später als beendet abschließen. Biographische Gesprächsrunden haben eindeutig prozesshaften Charakter – Erinnerungen müssen „geweckt" und „ins Rollen" gebracht werden – und sollten daher unbedingt über eine längere Zeit mit aufeinander aufbauenden Begegnungsterminen (evtl. in Kursform) angeboten werden.

Arbeitsschritte nach G. THEUNISSEN

Biographiearbeit stellt für THEUNISSEN eine Zugangsmöglichkeit zum Verstehen alter Menschen mit geistiger Behinderung dar, die ihnen zugleich neue Sinnvorstellungen und Lebensperspektiven im Alter eröffnen kann (vgl. ders., 117).

Als **Ausgangspunkt** des biographischen Arbeitens steht das gegenseitige Kennenlernen – vorzugsweise mit bedeutsamen Erinnerungsstücken wie Fotos oder anderen Andenken, die einen „biographischen Mitteilungscharakter" (ebd.) für ihre Eigentümer besitzen. Es kann aber auch über ein sogenanntes „Warming up" (ebd.) geschehen, z. B. über die Frage „Erinnern sie sich an ein Tier, welches in ihrem Leben eine große Rolle spielte?" Anschließend richtet THEUNISSEN seine Arbeit an sechs **Schwerpunkten** aus, die im Folgenden zitiert und kurz kommentiert werden (ders., 118ff):

1. *Chronologisierung einer Lebensgeschichte durch Erzählen und Erinnern.*

Im ersten Schritt soll es zur Erkennung eines „roten Fadens" im Leben kommen. Nach meiner Erfahrung lässt sich das bei alten Menschen mit geistiger Behinderung u. a. gut anhand ihrer Wohnorte und Institutionen darstellen, in denen sie gelebt haben. Das Foto (Abb. 10) zeigt diese Variante in Form einer „Lebenskarte" mit Figuren, die das jeweilige Alter darstellen sowie Fotos der dazugehörigen Wohnorte.

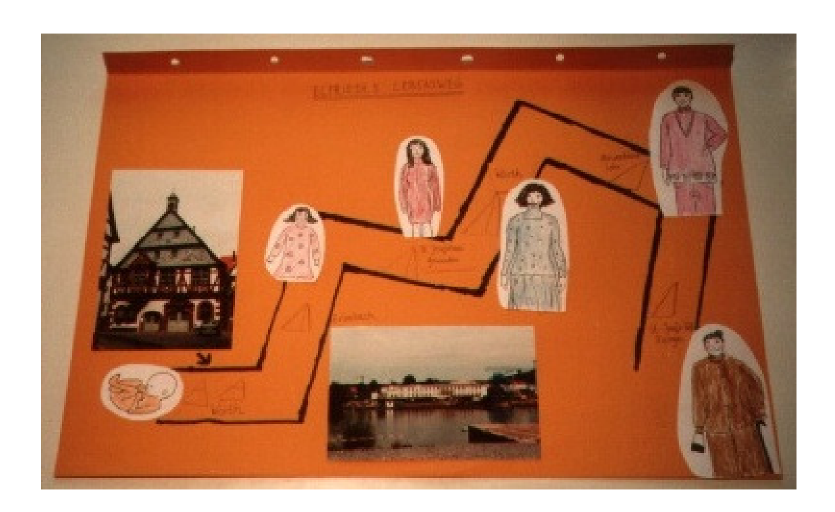


Abb. 10: Lebenskarte einer alten Frau mit geistiger Behinderung anhand ihrer Wohnorte

2. *Fokussierung subjektiv bedeutsamer Markierungen und Themen des Lebenslaufs zur Selbstvergewisserung und Vergegenwärtigung „gelebter Identität“ in lebensweltlichen, interpersonalen und kulturellen Zusammenhängen sowie zur Bewusstwerdung und Herstellung von sozialer und kultureller Zugehörigkeit.*

Im zweiten Schritt „geht es um eine möglichst detailgetreue Rekonstruktion wichtiger Schaltstellen eines Lebenslaufs und Rückschau auf zeitgeschichtliche Ereignisse, die den Lebensweg strukturiert“ haben (ders., 118). Es muss zu einer ressourcenorientierten Aufwertung der Institutionsbiographie kommen und dabei deutlich werden, welche Ereignisse das Leben prägten, welche Veränderungen mitgetragen und gestaltet wurden und was Halt und Orientierung gab.

3. *Gemeinsame Spurensuche und Entdeckungsreise nach verschütteten oder verborgenen Stärken, Potentialen, Interessen und Bedürfnissen.*

THEUNISSEN selbst: „Die Reise in die biographische Vergangenheit hat hier das Ziel, versandete oder verdrängte Erfahrungen der eigenen Stärke und des eigenen Könnens wachzurufen ...“ (118f).

4. *Gemeinsame biographische Reflexion „kritischer Lebensereignisse“, Zeitetappen oder Umbrüche ...*

In einer geschützten und vertrauensvollen Atmosphäre soll freiwillig eine Rückschau auf Krisen und schmerzliche Erfahrungen stattfinden. In diesem Zusammenhang erhält der Zweite Weltkrieg und die Gefahr der Deportation eine große Bedeutung, auch wenn nur wenige alte Menschen mit geistiger Behinderung konkrete Erinnerungen aus dieser Zeit schildern können. In einem Gespräch wirken bestimmte Fragen entlastend, z. B. „Wie haben sie diese Zeit überstanden?“ Trotzdem ist darauf zu achten, dass die Verdrängung kritischer Ereignisse oder das Schweigen darüber einen Selbstschutz darstellen, der respektiert werden muss.

5. *Reframing und positives Konnotieren subjektiver Krisenerfahrungen und Verhaltensweisen, die schon in der Biographie als auffällig wahrgenommen wurden*

Hierbei handelt es sich um ein psychosoziales Angebot für Menschen mit zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten. Durch „Reframing (Wechsel des Bezugsrahmens) und Konnotieren (Umdeuten von Verhaltensauffälligkeiten) [will man] dem Betreffenen[10] eine neue Wahrneh-

[10] Aus dem Zusammenhang des Textes heraus kann THEUNISSEN hier sowohl „Betroffenen“ als auch „Betreffenden“ meinen. Die Entscheidung hierüber ist inhaltlich allerdings ohne Relevanz.

mungs- und Deutungsfolie offerieren ..., so dass Krisensituationen oder beklagte Verhaltensweisen in einem völlig neuen Licht erscheinen, Auffälligkeiten in einem biographisch begründeten Sinn als zweckmäßige, situationsadäquate Problemlösungsmuster verstanden werden, der Betreffende sich als kompetent erfährt und Wege geebnet werden, zu neuen Lösungen, kreativen Handlungsalternativen und Zukunftsperspektiven zu gelangen“ (THEUNISSEN, 120).

6. *Gemeinsame biographische Reflexion von Lebenswelten, die den Lebensweg erschwert, blockiert oder gar beschädigt haben ...*

Ins Zentrum rücken hier Gefühle wie Machtlosigkeit, Ohnmacht, Wertlosigkeit oder permanente Versagensängste. Sie sollen als „Institutionalisierungseffekte“ aufgedeckt und – wenn möglich – überwunden werden. Dadurch soll neue Kraft und Zuversicht für die Gestaltung der Zukunft entstehen.

Formen kreativen Gestaltens

Der Einsatz von Formen kreativen Gestaltens nimmt erfahrungsgemäß den umfangreichsten Teil der Biographiearbeit mit alten Menschen mit geistiger Behinderung ein. Der Grund dafür liegt in dem Umstand, dass eine geistige Behinderung fast unausweichlich die verbalen Fertigkeiten und kommunikativen Möglichkeiten des Menschen einschränken. Aus eigenen Beobachtungen wurde deutlich, dass für Menschen mit geistiger Behinderung vor allem Gegenstände Informations- und Erinnerungsträger sind. Dazu zählen Fotos, Schallplatten und Musikkassetten (wenn vorhanden), aber auch Kuscheltiere, Nippes, Selbstgemaltes oder Genähtes u. a. Auch die Kultivierung des privaten Altars, des Nachtschränkchens, der Kommode oder des Regals mit Erinnerungsstücken trägt zur Bewahrung der Identität und der Erinnerung bei. BRUCKMÜLLER fasst dies folgendermaßen zusammen:

> „Geistig behinderte Menschen brauchen eine gegenständliche Umwelt, die durch persönliches Eigentum geschützt wird. Diese Gegenstände erinnern gleichzeitig an Menschen, besonders an Angehörige, die sie beschafft oder auch benützt haben. Sie trennen von unpersönlicher Allgemeinheit und Anonymität und stärken das Persönlichkeitsgefüge. (...) Bereits in den Familien sollten Bilder, Fotographien, Tagebücher, Geschichten gesammelt werden, die den behinderten Menschen in sein Altern, das er vermutlich nicht im Familienkreis verbringen wird, begleiten. Solche Erinnerungsstücke unterstützen nicht nur sein Gedächtnis, sondern helfen auch Mitarbeitern, den Lebenslauf des begleiteten Menschen nachzuvollziehen” (BRUCKMÜLLER, 74f).

Durch das biographische Arbeiten lassen sich für alle Teilnehmenden lebensgeschichtliche Brüche schließen und unverstandene Ereignisse oder fragmentarische Erfahrungen nachvoll-

ziehen und zu einem zusammenhängenden „Lebensbuch“ ordnen. Für Menschen mit geistiger Behinderung ist es besonders wichtig, ein Ergebnis ihrer Arbeit in den Händen zu haben. Es gibt ihnen immer wieder die Bestätigung, jemand zu sein und etwas geschaffen zu haben, was nun zu ihrem Besitz gehört. Daher ist es durchaus sinnvoll, so ein Lebensbuch tatsächlich anzufertigen. Während meiner Arbeit in einer Seniorengruppe mit alten Menschen mit geistiger Behinderung entstanden u. a. diese Lebensbuchseiten:

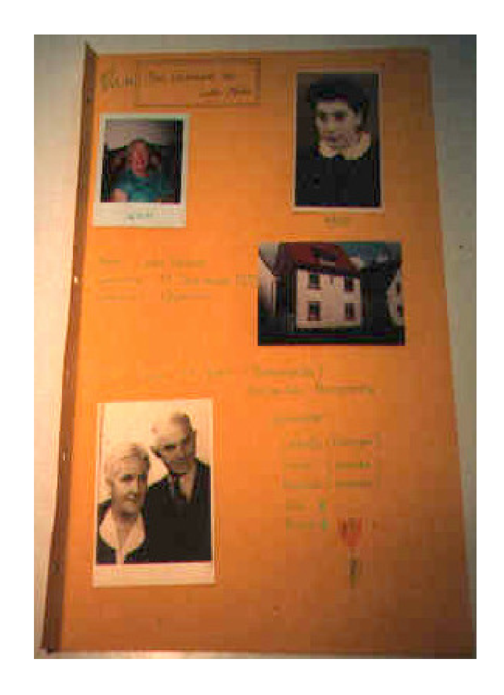


Abb. 11: Mein Elternhaus/ Meine Heimat

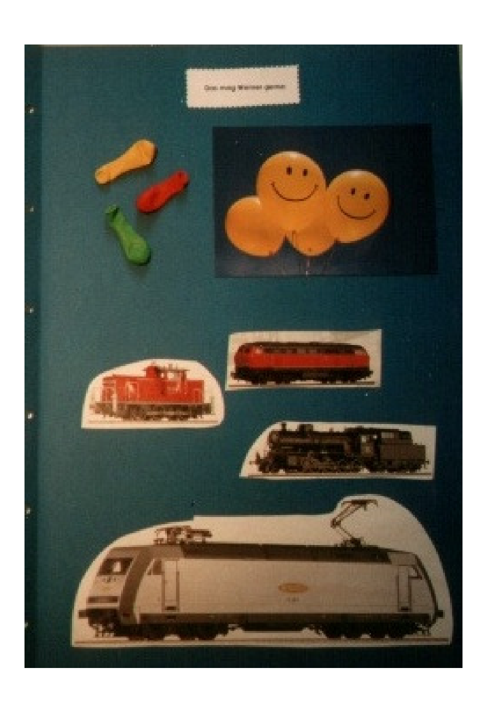


Abb. 12: Meine Hobbys/ Bedeutsamkeiten

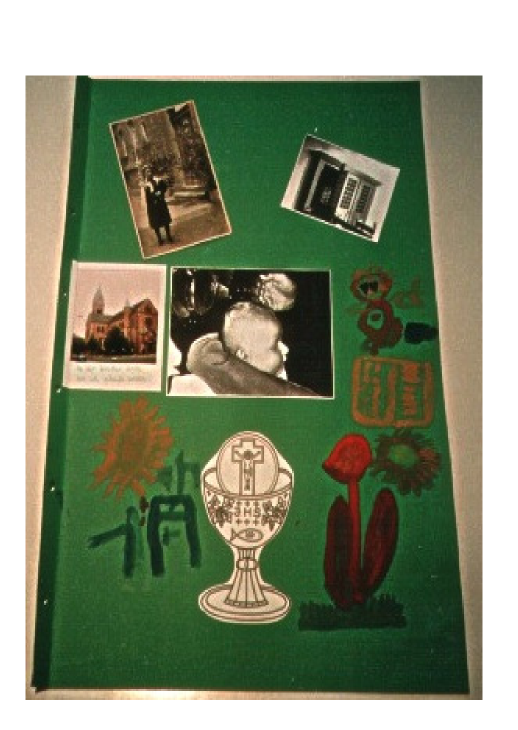


Abb. 13: Mein religiöses Leben



Abb. 14: Plan des ehem. Anstaltsgeländes

Weitere Möglichkeiten kreativen Gestaltens: In der *Musiktherapie* kann lebensgeschichtlich verankerte Musik als Träger von Erinnerungen eingesetzt werden und bei der Aufarbeitung des Lebens helfen. Es können *Ausflüge* in ehemalige Wohnorte oder *Museumsbesuche* durchgeführt werden, in denen z. B. alte Gebrauchsgegenstände zu sehen sind (Heimatmuseum) oder Dinge, die an die eigene Berufstätigkeit (Postmuseum, Verkehrskundemuseum etc.) oder an ein Hobby erinnern.

Möglichkeiten bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung

Besonders Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung sind oft nicht in der Lage, angebotene (Gesprächs-)Möglichkeiten wahrzunehmen geschweige denn in eigener Initiative biographisches Material zu sammeln oder in anderer Weise lebensgeschichtlich tätig zu werden. Dies kann bedeuten, dass Biographiearbeit nur dergestalt möglich ist, dass dem einzelnen Menschen seine Lebensgeschichte immer wieder von jemandem erzählt wird. Daneben können auch angefertigte Tonbandaufnahmen zur Hilfe genommen werden. „Alle Menschen haben Anspruch auf das Wissen über ihre Vergangenheit, auch wenn die Verarbeitung dessen mit Schwierigkeiten verbunden sein kann" (EYMANN, 20). Ähnlich wie beim Erzählen fällt das kreative Gestalten bei Menschen mit einer sogenannten Mehrfachbehinderung in erster Linie auf die Mitarbeiter zurück, die ihnen mit viel Phantasie und Kreativität bei der Rekonstruktion ihrer Lebensgeschichte behilflich sein müssen:

> „In dem Falle sollten auf der Basis einer Atmosphäre der Geborgenheit und Vertrautheit neben einem gemeinsam-inniglichen, erlebnisreichen Erschließen lebensgeschichtlich relevanter, positiv besetzter Dinge, dem gemeinsamen Singen vertrauter Lieder sowie der Pflege von Besuchen wichtiger (schöner) Erinnerungsorte Zugänge zu biographischen Erfahrungen und Ereignissen über eine *basale Pädagogik und Stimulation* gesucht werden ... . In der Arbeit mit sog. geistig schwerst behinderten Personen ist der Biographiearbeiter in besonderem Maße herausgefordert, sein Wissen über den betreffenden Menschen, ... im gemeinsamen Tun und (sprachfreien) Dialog mit dem Betroffenen so zu verwerten, dass er zu einem biographischen Verstehen gelangen kann, welches im Sinne der Rehistorisierung auch anderen Helfern zugänglich gemacht werden sollte" (THEUNISSEN, 124).

7. Schlusswort

Mein Anliegen in dieser Arbeit war es, die Notwendigkeit von Biographiearbeit in der Altenpflege darzustellen. Dabei wurde deutlich, dass es sich bei der Biographiearbeit weniger um eine *Methode* handelt, als vielmehr um eine Grundeinstellung den alten Menschen gegenüber und um einen respektvollen Umgang mit ihren Bedürfnissen. Diese Grundeinstellung kommt allen in der Pflege Beteiligten zugute, da durch biographisches Arbeiten ein *verstehender* Kontakt zwischen dem alten Menschen und dem Pflegenden möglich wird. Dieser zieht sich bis in die elementarste Pflegehandlung hindurch.

Der Versuch, die vielfältigen Formen darzustellen, den „Reifungsprozess im Alter" durch Biographiearbeit in der Altenpflege erfolgreich zu unterstützten, beansprucht sicher keine Vollständigkeit. Auch ist mir bewusst, dass sich einiges davon hinsichtlich der pflegerischen Ausgangssituation vermutlich illusorisch anhört. Doch es sei darauf verwiesen, dass es sich fast ausschließlich um Möglichkeiten handelt, die vielerorts bereits erfolgreich in die Praxis umgesetzt wurden. Daher muss es zumindest möglich sein, daraus *Visionen* zu entwickeln, die wertvoll genug sind, weitergedacht zu werden und während der täglichen Arbeit als Leitlinien dienen.

Ein weiteres Anliegen dieser Arbeit bestand darin, deutlich zu machen, dass es sich bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie um eine Aufgabe handelt, die jeder Mensch in seinem Leben einmal bearbeiten muss. Auf jeder Entwicklungsstufe hat der Mensch bestimmte Auseinandersetzungen zu bewältigen. Allen gemeinsam ist das *Ringen um das eigene Ich*, d. h. der Mensch hat in jeder Phase neue und ganz wesentliche Dinge in seine Persönlichkeit zu integrieren. Das kleine Kind macht den Anfang, indem es sich in seinem Bewusstsein von der Umgebung trennt und seine eigene Identität wahrnimmt. In dieser Zeit muss es alles anfassen und in den Mund nehmen, was sich ihm anbietet. Während der Pubertät besteht die erste Aufgabe des jungen Menschen in der Auseinandersetzung mit seinem Geschlecht und der damit verbundenen Sexualität. Die Eltern sind mit seinem veränderten Auftreten oft überfordert und kommen an ihre Toleranzgrenzen, zumal sie in dieser Zeit eher nach Ruhe und Sicherheit suchen. Nach einer langen Phase des Lernens sind sie als Erwachsene in der Lage, sich die Herausforderungen selbst auszusuchen oder sie zu meiden. Wenn sie den Zenit des Lebens überschritten haben, kommt gelegentlich ein Wort in den Sprachgebrauch, das für viele Turbolenzen sorgen kann: *alt*. Die Jahre vergehen immer schneller, und plötzlich sind sie selbst die Großeltern. Was nun? Was fehlt noch? Was sollte man noch erleben? Besonders nach dem Berufsausstieg stellen sich diese Fragen: „Was fange ich mit meiner Zeit an? Wie viel Zeit bleibt mir noch?"

Jede Lebensphase hat ihre eigene „oberste Aufgabe", ohne deren Bewältigung der Mensch stehen bleibt bzw. sein Ich sich nicht weiterentwickeln kann. Das Alter hat die Aufgabe, das Leben zu beschließen. Das mag poetisch klingen, ist aber an eine Vielzahl schwerer Auseinandersetzungen gebunden. Die größte ist die Auseinandersetzung mit dem Tod. Diese wiederum beinhaltet zwangsläufig eine Klärung des Gewesenen. Das *Erinnern* als menschliche Fähigkeit und das „Reden von Früher" als Bedürfnis im Alter sind die wesentlichen Voraussetzungen, die der Mensch im Alter besitzt, um diese Aufgabe zu bewältigen. Daher ist es notwendig, Wege und Formen des Umgangs mit alten Menschen zu finden, die dieser Auseinandersetzung Rechnung tragen und dadurch auch im Alter die Würde des Menschen wahren.

Auch ich bin eingebunden in das Werden und Vergehen dieser Welt und sehe mich eines Tages mit der Aufgabe konfrontiert, dem Ende entgegentreten zu müssen. Ich hoffe, dann Menschen an meiner Seite zu haben, die meine Wünsche unterstützen und mir dabei behilflich sind, alten Streit beizulegen, aufgeladene Schuld tragen zu können, Leid anzunehmen und unerfüllte Wünsche zu verkraften. Und auch ich werde von den Möglichkeiten abhängig sein, anderen von dem zu berichten und weiterzugeben, was mein Leben geprägt und wertvoll gemacht hat. Wen wird es interessieren, woran ich mich noch erinnern kann?

Ein Mädchen auf'm Spielplatz, ´ne alte Frau am Rand.
Die Alte schluckt Tabletten und die Kleine spielt im Sand.
Dann geht das Mädchen schaukeln, es sieht die Frau und ruft:
„Das musst du auch mal ausprobieren, wir fliegen durch die Luft!"

Refrain: „Oma willst du schaukeln, dann gebe ich dir Schwung."
„Ja, komm und gib mir Schwung mein Herz,
dann werd ich wieder jung!"

Die Alte schaukelt zaghaft. Die Kleine schiebt sie an.
Wenn jetzt nur nicht die Kette reiß. Was da passieren kann!
Wenn jetzt nur niemand zusieht. Ihr ist nicht wohl dabei.
„Die denken doch, ich bin verrückt und hol'n die Polizei."

Sie denkt an ihren Kreislauf, dann kommt ihr in den Sinn:
„Mein Gott, wie lange ist das her, dass ich geschaukelt bin?
Das war doch auf'm Rummel, in diesem weißen Schwan
mit diesem tätowierten Herrn. Der himmelte mich an!"

Sie sieht die Wolken schwanken. Das Alter fliegt dahin.
Dahin ist der Arzneigeruch, das Ziehen in den Knien.
Sie lacht aus voller Kehle, sie singt und schämt sich nicht.
Sie ist ein kleines Mädchen jetzt mit Falten im Gesicht.

GERHARD SCHÖNE

8. Literatur

ARNOLD, W./EYSENCK, H. J./MEILI, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie. Verlag Herder. Freiburg i. B. 1993. 10. Auflage

BADER, I.: Alte geistig behinderte Menschen im Heim. Lebensgeschichte, Bedürfnisse und Möglichkeiten zur individuellen Lebensgestaltung im Alter. In: Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte. Marburg 1986, 271-281

BAHRDT, H.-P.: Autobiographische Methoden, Lebensverlaufforschung und Soziologie. In: Voges, W. (Hrsg.): Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung. Verlag Leske & Budrich. Opladen 1987, 77-85

BIBEL. Lutherübersetzung. Stuttgart 1978

BÖHM, E.: Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose. Psychiatrie-Verlag. Bonn 1996

BÖHM, E.: Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Psychiatrie-Verlag. Bonn 1988

BÖHMER, M.: Erfahrungen sexueller Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für Gesundheitswesen. 23. Jahrgang. 1998(113), 39-44

BRUCKMÜLLER, M.: Begleitung und Förderung behinderter Menschen im Alter. In: Rapp, N./Strubel, W. (Hrsg.): Behinderte Menschen im Alter. Lambertus-Verlag. Freiburg 1992, 69-85

BRUCKMÜLLER, M.: Seniorenbildung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Erwachsenenbildung und Behinderung. 1999(1), 5-8

BUIJSSEN, H.: Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer-Patienten. Beltz, Psychologie-Verlags-Union. Weinheim 1994

BUSCHMANN, U.-W.: Die Gestaltung einer eigenen Altersidentität bei behinderten Menschen. In: Rapp, N./Strubel, W. (Hrsg.): Behinderte Menschen im Alter. Lambertus-Verlag. Freiburg 1992, 216-223

DITTLI, D./FURRER, H.: Biographisches Lernen: Sein ist Werden. In: Erwachsenenbildung und Behinderung. Zeitschrift der Gesellschaft zur Förderung der Erwachsenenbildung für Menschen mit Geistiger Behinderung. Wittwer-Verlag. Stuttgart 1994(5), 9-12

DRERUP, E.: Pflegetheorien. Lehrerhandbuch für den Pflegeunterricht. Lambertus-Verlag. Freiburg 1998

ERN, M.: Bewahrte Erinnerung - erfülltes Leben. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Alt und geistig behindert. Ein europäisches Symposium. Marburg 1983

EYMANN, A.: Biographiearbeit mit erwachsenen Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen. In: Erwachsenenbildung und Behinderung. Zeitschrift der Gesellschaft zur Förderung der Erwachsenenbildung für Menschen mit Geistiger Behinderung. Wittwer-Verlag. Stuttgart 1999(1), 18-20

FIEDLER, P.: Vertellekes – ein Frage- und Antwortspiel für ältere Menschen. Vincentz Verlag. Hannover 1994

FIEDLER, P.: Vertellekes. Lebensgeschichten ins Spiel gebracht. In: Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Hrsg.): Ergotherapie & Rehabilitation. Fachzeitschrift für Ergotherapie. Schultz-Kirchner Wiss. Verlag. Idstein 1996(3), 223-225

FISCHER, D.: Identität und Lebensgeschichte. Die Lebensgeschichte und ihre Bedeutung für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In: Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe (Hrsg.): Zur Orientierung. Fachzeitschrift der Behindertenhilfe. Stuttgart 1988(4), 4-8

FISCHER, D.: Vita und Werk – oder: Warum die Lebensgeschichte behinderter Menschen allein nicht genügt. In: Zusammen. Behinderte und nichtbehinderte Menschen. Friedrich-Verlag. Seelze 1992(8), 4-12

FRITSCHE, I./STÖRMER, N.: Sie haben alle eine Akte, aber keine Geschichte. Lebensgeschichte und Konzeptionen von Wohngruppen. In: Bundesverband Evangelischer Behindertenhilfe (Hrsg.): Zur Orientierung. Fachzeitschrift der Behindertenhilfe. Stuttgart 1988(4), 17f

GROND, E.: Praxis der psychischen Altenpflege. Betreuung körperlich und seelisch Kranker. Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski. München 1991. 9. Auflage

HERMANN, G.: Die Lebensgeschichte – Hilfe für Mitarbeiter. In: Rapp, N./Strubel, W. (Hrsg.): Behinderte Menschen im Alter. Lambertus-Verlag. Freiburg 1992, 211-215

JUCHLI, L.: Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Thieme-Verlag. Stuttgart 1991. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage

KÄMMER, K.: Geriatrische Krankenpflege. In: Olbrich, Sames, Schramm (Hrsg.): Kompendium der Gerontologie. Interdisziplinäres Handbuch für Forschung, Klinik und Praxis. ecomed Verlagsgesellschaft. Landsberg/Lech 1994, V-26

KLESSMANN, E.: Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben. Die Doppelbotschaft der Altersdemenz. Verlag Hans Huber. Bern 2001. 5., durchges. und erg. Auflage

KLINGENBERGER, H.: Handbuch Altenpädagogik. Aufgaben und Handlungsfelder der ganzheitlichen Geragogik. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn 1996

KRUSE, A.: Kompetenz im Alter in ihren Bezügen zur objektiven und subjektiven Lebenssituation. Darstellung einiger Ergebnisse der Untersuchung. In: Schütz, R. M. u. a. (Hrsg.): Altern in Deutschland. Berlin 1992, 25-32

LEHR, U.: Psychologie des Alterns. 9. Auflage. Quelle & Meyer Verlag. Wiebelsheim 2000

MADER, W.: Emotionalität und Individualität im Alter – Biographische Aspekte des Alterns. In: Kade, S. (Hrsg.): Individualisierung und Älterwerden. Reihe: Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn 1994, 95-114

PRELL, M.: Das Psychobiographische Pflegemodell nach Böhm – eine kurze Vorstellung des Modells. Unter: http://www.thema-altenpflege.de/pinwand/boehm.htm (10.12.02, 13:19)

PSCHYREMBEL Klinisches Wörterbuch. Sonderausgabe. Verlag Walter de Gruyter. Berlin 1993. 257. Auflage

ROCHE LEXIKON MEDIZIN – Onlineausgabe. Urban & Fischer. München 1998. 4. Auflage. Unter: www.gesundheit.de (27.11.02, 16:00)

ROSENMAYR, L.: Altern und Handeln. Eine Reflexion über die Zugänglichkeit von Freiheit im späteren Leben. In: Weymann, A. (Hrsg.): Handlungsspielräume. Untersuchungen zur Individualisierung und Institutionalisierung von Lebensläufen in der Moderne. Enke-Verlag. Stuttgart 1989, 151-162

RUHE, H. G.: Methoden der Biografiearbeit. Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung. Beltz Verlag. Weinheim und Basel 1998

SCHIFF, A.: Stichwort: Validation. In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift für Gesundheitswesen. 23. Jahrgang. 1998(113), 22

SCHUMACHER, J. u. a.: Lebenszufriedenheit im Alter - Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. Unter: http://www.uni-leipzig.de/~gespsych/material/zufr_alt.pdf (27.11.02, 14:10) (leicht veränderte Fassung in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 1996(9), 1-17)

SHAKESPEARE, W.: Wie es euch gefällt. Übersetzt von A. W. v. Schlegel. Unter: http://www.gutenberg2000.de/shakespr/gefaellt/gefaellt.htm (21.12.02, 19:00)

SIEBERT, H.: Theorien für die Bildungspraxis. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn 1993

SKIBA, A.: Fördern im Alter. Integrative Geragogik auf heilpädagogischer Grundlage. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn 1996

STÖSSER v., A.: Pflegestandards. Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg 1992

THEUNISSEN, G.: Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn/Obb. 2002

VOGELAUER, A./PFUSTERER, K.: Das Psychobiographische Pflegemodell nach Böhm. Unter: http://medwell24.at/CDA_Master/1,3008,3087_5115_0,00.html (21.12.02, 20:40)

WETTERLING, T.: Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Diagnostik und Therapie. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York 2001

WIELAND, H.: Altern und Lebenslauf. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.): Wohnen heißt zu Hause sein. Lebenshilfe-Verlag. Marburg 1995. 145-150

WIELAND, H.: Lebenslauf und Behinderung. Aspekte des demographisch-gesellschaftlichen Umbruchs und seine Bedeutung für die soziale Integration. In: Beck, I. u. a. (Hrsg.): Normalisierung. Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Verlag Winter, Programm Ed. Schindele, Heidelberg 1996, 257-268

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit in allen Teilen selbständig gefertigt und keine anderen als die in der Arbeit angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.
Die Fotos habe ich selbst angefertigt.

Berlin, den 15. Januar 2003